



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN OAXACA.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 65
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado e Investigación

**DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR CONDICIONANTE DE
MALNUTRICIÓN EN EL MENOR DE CINCO AÑOS EN POBLACIÓN RURAL
OAXAQUEÑA**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA.GABRIELA MARTÍNEZ RIZO

OAXACA DE JUÁREZ, OAXACA. OCTUBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR CONDICIONANTE DE
MALNUTRICIÓN EN EL MENOR DE CINCO AÑOS EN POBLACIÓN RURAL
OAXAQUEÑA**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIA
PRESENTA:**

DRA. GABRIELA MARTÍNEZ RIZO

AUTORIZACIONES

DRA MARTHA TAPIA CHAVEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR MODALIDAD SEMIPRESENCIAL

DRA JANET NESME AVILA
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

DRA MARTHA TAPIA CHÁVEZ
ASESOR CLÍNICO
MÉDICO FAMILIAR

DRA. JANET NESME ÁVILA
ASESOR METODOLOGICO

**DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR CONDICIONANTE DE
MALNUTRICIÓN EN EL MENOR DE CINCO AÑOS EN POBLACIÓN RURAL
OAXAQUEÑA**

PRESENTA

DRA GABRIELA MARTINEZ RIZO

AUTORIZACIONES

DR.FRANCISCO JAVIER F. GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DR.FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR UNAM

DR.ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR UNAM

OAXACA DE JUÁREZ, OCTUBRE 2009

DEDICATORIA

Le doy gracias a DIOS por darme esta gran oportunidad de superación y ser mejor profesionista.

A Sergio Omar y a Gabriel Alberto gracias por apoyarme por ser mi motivación mi vida, esto hijos es el esfuerzo y el sacrificio de los tres.

A mi ESPOSO que es mi inspiración que aunque esta con DIOS, nuestros hijos y yo contamos con su bendición.

A mis padres Cuauhtémoc y Maria del Carmen gracias por su amor incondicional y ser mi ejemplo para salir adelante.

TESTIMONIO DE GRATITUD

A mis hermanos Adriana, Ma.del Carmen y Jorge Alberto gracias por su cariño y las porras para salir triunfante de este gran reto.

A Silvia, Gabriela, Adriana, Arturo Cuauhtemoc, Renata, Ximena y a José Emilio
Gracias por su cariño y apoyo.

ARTURO, MARCO ANTONIO, MONICA, RAMON, MARTHA gracias por compartir esta alegría. A mi suegra Mercedes gracias por su cariño y darme ánimo.

Dr. Raúl Martínez Ruiz Gracias por sus consejos, y ser un gran amigo.

Dra. Julieta Reyes Cruz gracias por sus valiosos consejos y asesoría.

DRA. Yaneth Nesme Ávila gracias por el tiempo dedicado a mi persona y por apoyarme.

DRA Martha Tapia Chávez por sus consejos su desempeño como asesor y actitud positiva a mi persona mil gracias

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
gracias por sus porras, y apoyarme en este gran proyecto.

A los Drs. Maria Teresa, Virginia, Fabiola, Benito, Jaime, Nicolás, gracias por compartir estos tres años de preparación y por compartir experiencias, Misael mis mejores deseos.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, a mis asesores hoy me honran con su amistad gracias por darme la oportunidad de formar parte de este gran proyecto, mismo que me siento orgullosa de pertenecer.

INDICE

	Paginas
I. TITULO	6
II. RESUMEN	7-9
III. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	7-16
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
IV.1 JUSTIFICACIÓN	18
IV.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
V. OBJETIVOS	19
VI. HIPÓTESIS	20
VII. MATERIAL Y MÉTODO	20
A.-TIPO DE ESTUDIO	20
B.-UNIVERSO DE TRABAJO	21
C.-SELECCIÓN DE MUESTRA	21
VIII. CRITERIOS DE SELECCIÓN	21
IX. OPERACIÓN DE LAS VARIABLES	22-24
X. PROCEDIMIENTO	25
XI. ANALISIS ESTADÍSTICO	26
XII. RECURSOS PARA EL ESTUDIO	26
XIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
XIV. RESULTADOS	28-40
XV. DISCUSIÓN	41
XVI. CONCLUSIONES	42-43
XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44-46
GLOSARIO	47
ANEXOS	48-72

II. TITULO

**DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR
CONDICIONANTE DE MALNUTRICIÓN EN EL
MENOR DE CINCO AÑOS EN POBLACIÓN
RURAL OAXAQUEÑA**

III. RESUMEN

DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR CONDICIONANTE DE MALNUTRICIÓN EN EL MENOR DE CINCO AÑOS EN POBLACIÓN INDÍGENA OAXAQUEÑA.

Martínez Rizo Gabriela ¹

Introducción:

La malnutrición es un problema en nuestra actualidad de consideraciones graves, ya que el grupo más vulnerable estadísticamente son los niños, en especial los menores de cinco años. A través del tiempo la desnutrición, sobrepeso y la obesidad enfocan una lucha a todos los niveles creando programas de apoyo con recursos multidisciplinarios. Es por eso que al considerar a la familia como pilar de nuestra sociedad, se necesita conocer a fondo la dinámica familiar de la población estudiada. La aparición de un problema de salud en la familia, coincide con algún cambio efectivo o previsto que amenaza con alterar la homeostasis familiar. Pudiendo repercutir en la calidad de vida del paciente, por lo cual es importante la intervención de un equipo transdisciplinario.

Objetivo:

Demostrar que la malnutrición está asociada a la disfunción en el subsistema conyugal.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal, aplicándose una encuesta descriptiva. Se incluyeron a pacientes de ambos sexos menores de cinco años adscritos al consultorio número 4 del Hospital Rural de IMSS-Oportunidades N°.36 de Tlacolula de Matamoros Oaxaca.

A partir de la fecha 01 octubre 2008 al 31 de diciembre 2009, con una muestra probabilística con casos incidentes.

El análisis de resultados se obtuvo a través de medidas de tendencia Central y de dispersión para variables cualitativas y cuantitativas, creándose una base de datos en el Programa SPSS versión 10.

Resultados:

Durante los siete meses de estudio se registraron 157 menores de cinco años a los cuales se les realizó somatometría durante la consulta, realizada en el consultorio 4 de febrero-agosto 2009. Ninguno fue excluido siendo valorado su estado nutricional y aplicándole el instrumento de medición de APGAR y subsistema conyugal a los padres de los pacientes en estudio.

El 62.4% de la edad paterna correspondió al rubro de 27 a 36 años y la edad materna con el 54.8% correspondió al rubro de 26 a 35 años, la escolaridad la más común fue la primaria incompleta, el 56.1% se desempeñan como campesinos y el 94.9% la ocupación materna fue la doméstica, el 81.5% correspondió a parejas casadas, el 77.1% pertenece a la religión católica, el sexo de los menores de cinco años que más prevaleció con el 50.4% fue el masculino, de acuerdo a la valoración por la CDC el 74% obtuvo un estado nutricional adecuado para la edad y la talla, y la valoración por la NCHS; el 58.6% obtuvo un estado nutricional normal para la edad y la talla, por lo que al comparar ambos instrumentos de medición para el estado nutricional por la CDC el 14% de los menores presentó sobrepeso.

Con la aplicación del APGAR familiar se halló que el 89.2% de los padres encuestados perciben apoyo familiar, 8.9% correspondió a disfunción familiar moderada y el 1.9% a disfunción severa. Aunque en la aplicación del instrumento del subsistema conyugal el 72% con la calificación obtenida se tipificaron con disfunción moderada, el 1.9% con disfunción severa.

Conclusión y discusión:

La escolaridad y ocupación de ambos padres no influyeron en su totalidad en la presencia de malnutrición de los menores de cinco años de este estudio, sin embargo por ser una población rural con un modelo de familia tradicional con un arraigo importante de la figura materna en el hogar no se ve reflejado negativamente en el estado nutricional de los menores de cinco años.

En cuanto a la evaluación de la funcionabilidad familiar mediante la aplicación de APGAR se observa buen apoyo familiar y en la evaluación del subsistema conyugal los resultados son contrarios a este, se puede observar el predominio de disfunción moderada el 72.0 % de los padres encuestados.

Por lo tanto la malnutrición de los menores de cinco años de esta población está condicionada por la disfunción del subsistema conyugal y no en relación a disfunción familiar.

IV. ANTECEDENTES

En nuestro país, se han generado en el siglo pasado algunas tablas de valores para la evaluación de crecimiento en niños mexicanos, la más citada y difundida es la del Dr. Rafael Ramos Galván, publicada en 1975, con la pretensión explícita de constituirse en una referencia nacional de evaluación antropométrica en niños. Sin embargo, el mismo Dr. Ramos Galván, en una reflexión crítica sobre el significado y empleo de las referencias somatométricas de peso y talla en la práctica pediátrica, enfatiza que su estudio tiene varias limitaciones metodológicas, y que no es una muestra representativa de las diversas entidades federativas de nuestro país. Por lo que recomienda utilizar los valores publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), basados en los trabajos del centro nacional de estadísticas para la salud (NCHS) para la evaluación del crecimiento infantil en nuestro país. Las curvas del NCHS se han utilizado en nuestro país desde hace varios años, sobre todo después de que la OMS las adoptó como estándar de referencia mundial, e incluso en la Norma Oficial Mexicana vigente las señalan para utilizarlas como patrón de referencia para la evaluación del crecimiento en nuestro país.¹

Actualmente los factores socioculturales han cambiado desde los usos y costumbres, la comunicación, la migración, y la mercadotecnia a influido como agravantes para alterar el entorno familiar. ²

La niñez se caracteriza por ser la etapa de aprendizaje, búsqueda, bienestar y despliegue de potencialidades físicas, mentales, y emocionales por lo que la sociedad y los gobiernos del mundo cada vez mas reconocen que esta etapa no es época para morir o padecer enfermedades.

En México por generaciones un gran número de niños y niñas han sufrido enfermedades como la desnutrición, sobrepeso y obesidad asociada a infecciones frecuentes las cuales pudiera ser prevenibles, les ocasionan secuelas perdurables que limitan su pleno crecimiento y desarrollo y en ocasiones propician a muy temprana edad la muerte.

Con base en las experiencias adquiridas en numerosos países, diversos organismos internacionales proponen a la vigilancia del crecimiento y desarrollo como el eje que sustenta la atención de salud integral ,ya que la evaluaron y el crecimiento nutricional permiten identificar riesgos ,alteraciones y necesidades que implican un peligro para la supervivencia del niño o la niña. ³

La asimilación deficiente de los alimentos por el organismo, conduce a un estado patológico de distintos grados de seriedad, de distintas manifestaciones clínicas, que se llama desnutrición, sobrepeso u obesidad.

Las entidades clínicas llamadas hipotrepisia, hipotrofia, distrofia, atrepsia, atrofia de parto, descomposición, consunción, malnutrición y otras más son, sencillamente, distintos grados de un mismo padecimiento de etiología variada, que ahora denominamos genéricamente con el nombre de desnutrición.

La palabra desnutrición señala toda perdida anormal de peso del organismo, desde la mas ligera hasta la mas grave, sin prejuizar en si, de lo avanzado del mal, pues de igual forma se llama desnutrido a un niño que ha perdido el 15% de su peso, que al que a perdido 60% o mas, relacionando estos datos siempre al peso que le corresponde tener para una edad determinada, según las constantes conocidas.

La desnutrición puede ser un trastorno inicial único con todo el variado cortejo sintomático de sus distintos grados o puede aparecer secundariamente como síndrome injertado a lo largo de padecimientos infecciosos o de otra índole y entonces sus síntomas y manifestaciones son más localizados y precisos.

La clasificación de los distintos grados de desnutrición ha sido objeto de terminologías también distintas y a veces confusas y poco connotativas.

Se llama desnutrición de primer grado a la pérdida de peso que no pase del 25% del peso que el paciente debería tener, para su edad, llamamos desnutrición de segundo grado cuando la pérdida de peso fluctúa entre el 25 y 40% y de tercer grado a la pérdida de peso del organismo mas allá del 40%.⁴

El crecimiento y desarrollo son dos procesos paralelos en su evolución e interrelacionados entre sí, que forman una unidad que depende y está determinado por factores genéticos, neuroendocrinos y ambientales. Ambos procesos se inician en la concepción y continúan durante toda la vida del ser humano.

El crecimiento se define como el aumento en el número y tamaño de las células, lo que da lugar al incremento de la masa viviente. El crecimiento se logra por la acción combinada de multiplicación celular y oposición de materia. Esta última implica básicamente incorporación de proteínas. La multiplicación incluye los procesos de división, proliferación y diferenciación celular, que transforma a las células primitivas en células de elevada jerarquía funcional. El crecimiento no solo se refiere al aumento en el tamaño corporal total sino también al de sus segmentos, órganos y tejidos.

En cuanto al término familia se ha definido de distintas formas, el grupo formado por marido, mujer e hijos sigue siendo la unidad básica y mayoritaria en nuestra cultura que. Conserva aún la responsabilidad de proveer de miembros nuevos a la sociedad, socializarlos y otorgarles apoyo emocional y físico. Por otra parte, la familia es la institución básica de la gran mayoría de las sociedades humanas y representa el fundamento lógico de todo desarrollo cultural.

Sin embargo, la naturaleza cambiante de la familia en nuestra sociedad actual plantea la necesidad de un enfoque más amplio. Así, pudiera parecer un error identificar a la familia como sólo un grupo de sujetos con una unión

particular, y pensar en la familia nuclear convencional compuesta por el padre, la madre y los hijos. Si el término de familia se define más bien como un grupo de sujetos íntimamente relacionados, que comparten una historia y un futuro (Ramsom y Vandervoort), se permite que la estructura del grupo varíe sin que cambie su función esencial, admitiéndose la posibilidad de que se encuentren incluidas como tales otras clases de agrupaciones relacionales.

Cada miembro de una familia tiene necesidades físicas, psíquicas y sociales, pero al mismo tiempo la sociedad ha puesto sobre cada individuo ciertas expectativas, obligaciones y demandas. Las funciones de la familia son las responsabilidades fundamentales de las estructuras familiares que determinan la supervivencia familiar.

Los problemas de ajuste que tienen las familias están relacionados con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas, y por ello es importante determinar no sólo si la familia cumple estas funciones, sino los mecanismos que utiliza para cumplirlas. Se han descrito un buen número de tipologías y de ellas, vamos a especificar cinco funciones como las esenciales.

1. Socialización: interacción mediante la cual el individuo aprende los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y, por ende, de la sociedad. Dicho de otro modo, la socialización trata de transformar en un tiempo determinado, a un niño totalmente dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con plena independencia para desarrollarse en la sociedad.

Los estudiosos de la familia han colocado a la madre como el educador primario de ésta, con la responsabilidad de socializar a sus hijos en la etapa lactante y preescolar, constituyéndose el padre como un soporte a sus acciones. Posteriormente, la responsabilidad de socializar es compartida por las guarderías, los parientes y los profesores, la Iglesia, los clubes, etc. Parte del proceso de socialización involucra la adquisición de conceptos y

actitudes de salud. Una forma de medir si una familia es funcional o no consiste en valorar los logros del proceso de adaptación social.

2. Cuidado: significa cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia, es decir, alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los sistemas de salud. La respuesta a las demandas de cuidado depende no sólo del acceso que tengan las familias a los recursos de salud, por ejemplo, sino también del nivel de conocimientos de las familias para conocer qué servicios le son accesibles y cómo usarlos.
3. Afecto: significa cubrir las necesidades afectivas de sus miembros con ánimo, cariño y soporte moral. Se dice que el padre desempeña un papel más de instrumento en la familia, en cuanto al establecimiento de esperanza y estándares de esfuerzo, y que la madre responde más a las necesidades emocionales de la familia. Aunque esta generalización puede ser básicamente verdadera, también es cierto que los varones, progresivamente, van adquiriendo responsabilidades afectivas mayores.
4. Reproducción: implica proveer de nuevos miembros a la sociedad. Históricamente, el matrimonio como una institución legal es designado para regular y controlar el ambiente sexual y la reproducción. La educación sexual ha sido reconocida como una parte importante de la socialización en los niños, pero aún existen controversias tanto en el ámbito de ella en los sistemas escolares como a nivel médico, por lo que se desconoce el consejo adecuado que se debe impartir al paciente, generalmente por falta de entrenamiento.
5. Estatus: expresión mal utilizada frecuentemente, ya que su definición implica sustantivo en la diplomacia para indicar el estado de cosas en un determinado momento. Posiblemente su uso indebido provenga de la traducción del inglés, donde status significa condición, estado, reputación y

antepuesto al vocablo symbol (status symbol), símbolo de prestigio. Para nosotros resultará más correcto hablar de nivel socioeconómico, entendiéndose esta función como la responsabilidad que tiene la familia de transferir derechos, tradiciones y experiencias educacionales que permitan a cada uno de sus miembros asumir una vocación consistente con sus expectativas.

Los niños garantizan la inmortalidad o la perpetuación social de nombre y tradiciones. La familia socializa al hijo dentro de una clase social y destila en él todas sus aspiraciones relevantes; uno de los problemas que de ello resulta es que lo que esperan los padres muchas veces excede la habilidad de los hijos, ignorándose entonces las necesidades básicas de los mismos.

Cuidado y afecto, aunque se pueden separar desde el punto de vista conceptual, no es fácil distinguir uno del otro, si bien ambos forman parte del proceso de socialización. Cuando ésta es insuficiente puede dar por resultado un estado de privación, que haría que el individuo sea menos capaz de responder desde el punto de vista afectivo a los demás.⁵

La secretaria del gobierno federal dio a conocer recientemente algunos de los resultados de la encuesta nacional de salud y nutrición con la finalidad de implementar políticas públicas y revelo con esto su preocupación por los trastornos alimentarios.

Lo relevante es el aumento del sobrepeso, la obesidad y la desnutrición, alrededor de 40 millones de mexicanos que fueron desnutridos en etapas tempranas de la vida hoy presentan obesidad y /o diversas enfermedades crónicas degenerativas de manera precoz y que demandan atención en lo inmediato y a largo plazo. La atención a la obesidad y a las enfermedades crónicas degenerativas debe ser paralela a la erradicación de la desnutrición.

Un infante con malnutrición presenta una disminución en su coeficiente intelectual, problemas de aprendizaje retención y memoria, menor crecimiento y desarrollo físico propensión a contraer enfermedades infecciosas en la infancia y crónicas en la vida adulta así como en muchos casos la muerte.

Datos arrojados de la secretaria de salud indican que en México la desnutrición ocupa 11º de las principales causas de muerte y en el 2003 ya ocupaba el 5to lugar de mortalidad infantil.

La obesidad ya supero cifras record en la población infantil, en los últimos 7 años al registrarse un incremento de casi 80% en la prevaecía nacional, al pasar de 5.3%en 1999 a 9.4% en el 2006.

En diferentes foros de médicos con diferentes disciplinas coincidieron en que lo más preocupante y lo que se debe corregir es el entorno familiar del menor.

Los problemas de malnutrición en el infante siempre es producto de una disfunción familiar, ya que un pequeño depende cien por ciento de su entorno familiar.

La edad de oro entre las niñas y los niños esta entre los 2 y 5 años porque no hay daño y se puede esperar una excelente mejoría de su salud si se trabaja con la familia detectando que tan severa es la disfunción en base a instrumentos como el APGAR familiar.

En el cual hay disparadores leves moderados y severos que a veces no se pueden controlar y la adaptabilidad a nuestras crisis normativas o paranormativas pasan a ser indiferentes en el medio cotidiano reflejándose así en los más vulnerables del núcleo familiar.

Entre estas crisis están los divorcios, madres solteras, la muerte de un ser querido, una violación, una situación económica, la relación conyugal, la fase del ciclo de vida etc.

Hay disparadores indetectables, cómo es el caso de padres trabajadores, niños de guarderías, que se vuelven muy cotidianos para el resto de la familia, pero afectan a uno solo de los miembros de la familia.⁶

Actualmente existen modelos de evaluación familiar para determinar las características y funcionalidad de la familia, conocidos como instrumentos de medición o evaluación familiar, aplicándose a través de una entrevista abierta y dirigida en el cual el entrevistador requiere tener conocimientos suficientes sobre los conceptos teóricos que fundamentan la estructura del cuestionario, además de calidad en su observación, sensibilidad, empatía y habilidad para obtener

resultados precisos en la evaluación familiar. El Apgar familiar y la evaluación del subsistema conyugal son dos escalas que nos aportan información directa respecto a la función familiar y conyugal de la familia en estudio.

Por consiguiente dichos instrumentos serán utilizados para la realización de la presente investigación, los cuales constan de los siguientes ítems.

- a) APGAR FAMILIAR (Smilkstein 1978 y 1982)
- b) Instrumento de evaluación del subsistema conyugal.(Chávez Aguilar)

a) APGAR familiar (Smilkstein 1978 y 1982) instrumento de evaluación familiar consta de cinco preguntas, aplicables mediante una breve entrevista. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, Determina si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad.

Valora 5 aspectos adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución.

Se aplica a personas mayores de 15 años, puntuación de acuerdo al grado de disfunción. 0 a 3, Disfunción grave, 4 a 6 Disfunción moderada 7 a 10 Familia funcional.

Midiendo la percepción del apoyo familiar.

b) Instrumento de evaluación del subsistema conyugal. (VICTOR CHAVEZ AGUILAR) Evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja, aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores. Valora comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto, toma de decisiones.

Sumando el puntaje total, las disfunciones se clasifican de 0 a 40 pareja severamente disfuncional, 41 a 70 parejas con disfunción moderada, 71 a 100 pareja funcional

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La trascendencia del estudio de la malnutrición se encuentra relacionada con la disfunción familiar lo que justifica realizar las evaluaciones de los instrumentos familiares conocidos y validados por el consejo de medicina familiar en México, APGAR Y SUBSISTEMA CONYUGAL.

La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, por lo que el tipo de relaciones que se establece entre sus miembros es de capital importancia.

Baste señalar que de la funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones depende el grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes.

El desarrollo infantil es un proceso totalizador y complejo que se cumple como parte de la trayectoria del ser humano en su realización como persona. Tiene una dinámica interna propia y está determinado por factores genéticos y sociales con múltiples y recíprocas influencias. Se le ha llegado a definir como un proceso informacional epigénico y sociocinético.

En tal sentido, el desarrollo infantil es resultado de una interacción informacional compleja, permanente y continua en la que cada niño, como portador de una herencia biológica y participante de una colectividad humana, incorpora y asimila todos los estímulos y factores del medio familiar y sociocultural en que se desenvuelve, transformando y estructurando por medio de ellos su persona o personalidad.

Se sabe que para un óptimo desarrollo infantil se requiere de ambientes familiares y sociales seguros, que los escenarios de pobreza son limitantes del desarrollo infantil, no solo en su aspecto biológico (peso y talla), sino también en sus componentes psicoafectivos, cognitivos y morales.

Algunos estudios publicados anteriormente han revelado que en poblaciones poco favorecidas, los más vulnerables son los menores de cinco años repercutiendo esto en su estado nutricional.

Por tal motivo la pregunta de estudio es la siguiente:

¿Influye la disfunción familiar en la malnutrición del menor de cinco años en la población rural de Oaxaca adscrita al consultorio 4 del hospital rural de oportunidad número 36, de Tlacolula de matamoros Oaxaca-Oaxaca?

IV.1. JUSTIFICACIÓN

La malnutrición en México y en especial en Oaxaca es un problema de salud pública importante y alarmante, ya que en los últimos años se ha incrementado de manera importante en la estructura para la atención de los grupos indígenas, actualmente se cuenta cerca de 480 unidades médicas de primer nivel de IMSS Oportunidades y con 9 hospitales de segundo nivel, según INEGI el estado de Oaxaca cuenta con 0.13 de médicos por cada 1000 indígenas, contrasta con el 0.94 en todo el estado y el 1.38 a nivel nacional.

La malnutrición en Oaxaca ocupa a nivel nacional el 2º lugar, lo que es de impacto como prioridad a esta problemática.⁷

El programa IMSS OPORTUNIDADES opera desde 1980, ocupando las gráficas del Centro Nacional de Estadística para la Salud propuesta por Ramos Galván y adoptada para su utilización en la valoración del menor de 5 años.

Actualmente operan las mismas gráficas, por lo que desconocemos el impacto real en el uso efectivo de estas después de veintiocho años en los que los factores ambientales y el estilo de vida han cambiado.

Llama la atención que el reporte semanal de niños desnutridos en el SUIVE (sistema único de vigilancia epidemiológica) es alto utilizando las gráficas de la NCHS, (centro nacional de estadística para la salud 1977) y a la exploración clínica no hay datos de evidencia de desnutrición, utilizando los criterios de peso para la talla de los padres.⁸

Por lo que se hace necesario revisar la utilidad de otro método para evaluar desnutrición entre los niños desnutridos en control del Hospital Rural de Zona número 36 del consultorio 4 de Tlacolula de matamoros Oaxaca del IMSS

Oportunidades, con el objeto de proponerlas como nuevo método institucional para valorar estado nutricional.

Evaluar desnutrición, sobrepeso, obesidad, además de la dinámica familiar para complementar y unificar los factores condicionantes de la malnutrición, en especial la malnutrición en sobrepeso y obesidad que hasta el año pasado no se le daba importancia en la población infantil.

IV.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Influye la disfunción familiar en la malnutrición del menor de cinco años en la población rural de Oaxaca adscrita al consultorio 4 del hospital rural de oportunidad número 36, de Tlacolula de matamoros Oaxaca-Oaxaca?

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si la disfunción familiar es un factor condicionante de malnutrición en los menores de cinco años de la población rural adscrita al consultorio 4 del hospital rural de oportunidades num.36 de Tlacolula de matamoros Oaxaca.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a. Identificar la situación funcional de las familias estudiadas
- b. Estratificar y determinar por grupos de edad, los grados de malnutrición del menor de cinco años
- c. Determinar el grado de disfunción familiar y correlacionar con el estado de malnutrición del menor de 5 año

VII. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

La malnutrición de los menores de 5 años de la población RURAL ADSCRITAS AL CONSULTORIO 4 DEL HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES NUM.36 DE TLACOLULA DE MATAMOROS OAXACA, es directamente proporcional al grado de disfunción de la familia.

HIPÓTESIS ALTERNA

La disfunción familiar de los menores de 5 años de la población RURAL adscrita al consultorio 4 del HRO 36 de Tlacolula de matamoros Oaxaca No influye a la malnutrición

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

a) TIPO DE ESTUDIO:

- I. **Observacional analítico** : Por la presencia de una maniobra experimental
- II. **Prospectivo** : Por la dirección de búsqueda de la causalidad (direccionalidad)
- III. **Transversal**: Por la medición del fenómeno en el tiempo (temporalidad)
- IV. **Prolectivo** :Por la forma de captura de datos

- V. **Simple** : Por la presencia de un grupo de control
- VI. **Abierto** :Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras
- VII. **Bases institucionales:** Por los centros de atención involucrados

b) UNIVERSO DE TRABAJO:

Universo del estudio:

Pacientes Menores de cinco años adscritos al consultorio de Medicina Familiar N° 4.

Lugar del estudio:

Hospital Rural de Oportunidades N° 36 de Tlacolula de matamoros Oaxaca, Oaxaca procedentes de la comunidad rural zapoteca de valles centrales.

Periodo del estudio:

1ro de octubre del 2008 al 31 de octubre 2009

Determinación y tamaño de la muestra:

Por conveniencia

VII. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Menores de 5 años de edad adscritos al consultorio N° 4 del Hospital Rural "Oportunidades" N° 36 de Tlacolula de matamoros Oaxaca.

2. Sin restricción de género, religión, nivel socioeconómico.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

1. Menores de 5 años con patologías que condiciones alteración del estado nutricional como hipo o hipertiroidismo, diabetes infantil, problemas de mal absorción intestinal, etc.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. No se incluyo a Pacientes en que los padres no aceptaron participar en el estudio.

VIII. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

DISFUNCIÓN FAMILIAR

DEFINICION CONCEPTUAL: La disfunción se manifiesta por medio de síntomas en sus integrantes como depresión, lesión física en la pareja, síntomas somáticos, problemas de conducta, Hay incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y sus síntomas, los adultos se hacen acompañar por un familiar. Consultan por síntomas vagos e inespecíficos, conflictos emocionales ó de relación y trastornos de ansiedad, no encuentran sentido a su problema actual (5) (9)

DEFINICION OPERACIONAL: Se obtendrá del instrumento que se aplicara al entrevistar a los padres de los menores de 5 años de edad por medio de APGAR Y SUBSISTEMA CONYUGAL.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa.

TIPO DE VARIABLE: Nominal.

INDICADOR: Frecuencia y porcentaje.

INSTRUMENTOS DE MEDICION: Para obtener el grado de disfunción familiar y alteración del subsistema conyugal se utilizaron los siguientes instrumentos de medición:

• **APGAR familiar (Smilkstein 1978 y 1982)** instrumento de evaluación familiar consta de cinco preguntas, aplicables mediante una breve entrevista.

Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, Determina si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad.

Valora 5 aspectos adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución

Se aplica a personas mayores de 15 años, puntuación de acuerdo al grado de disfunción. 0 a 3, Disfunción grave, 4 a 6 Disfunción moderada 7 a 10 Familia funcional.

• **Disfunción en el subsistema conyugal:**(Chávez Aguilar) es un modelo enfocado exclusivamente a los cónyuges aborda la comunicación, adjudicación y asunción de papeles, satisfacción sexual afecto y toma de decisiones.

Edad número de años que refieran los padres al momento de la entrevista
Categorías a partir de 16ª estadificar ej.-16-25ª (cada 10 años por grupo 20...30...40...50....60....70.....80años.

Escala de medición cuantitativa de razón

.

ESTADO CIVIL con relación a lo proporcionado en la entrevista por los padres

Casado, unión libre, divorciado

Escala de medición cualitativa nominal

VARIABLE DEPENDIENTE:

MALNUTRICIÓN EN EL MENOR DE 5 AÑOS EN POBLACIÓN INDÍGENA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Malnutrición: es la consecuencia de no cubrir una dieta equilibrada en calidad y cantidad.

Nutrido: es niño o niña que se encuentren con peso adecuado para la edad y para la talla. (Normal 90-110) clasificación de Gómez.

Desnutrición: es la pérdida anormal de peso del organismo desde el más ligero hasta el más grave.

Primer grado: a toda pérdida de peso que no pase del 25% del peso que el niño o niña debería tener para su edad. (76-90) clasificación Gómez

Segundo grado: cuando la pérdida de peso fluctúa entre 25 y el 40% (61-75%) clasificación Gómez

Tercer grado: pérdida de peso del organismo más allá del 40%. (<60)Clasificación de Gómez.

Sobrepeso infantil: cuando el niño o niña se encuentren > de la percentil 75 están en riesgo de sobrepeso.

Sobrepeso: cuando el niño o la niña estén > percentil 85.

Obesidad: cuando el niño o niña estén por arriba de la percentil 95.

DEFINICION OPERACIONAL

Los datos para evaluar el estado nutricional infantil será en base a la interpretación de las curvas de peso y talla en las representaciones graficas de la CDC (TABLAS DEL CENTRO PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES 2000), correlacionando las tablas institucionales que operan en el instituto mexicano del seguro social NCHS (CENTRO NACIONAL DE ESTADÍSTICA PARA LA SALUD 1977).

TIPO DE VARIABLE

Cualitativa nominal

INDICADOR

Frecuencia y porcentaje

INSTRUMENTOS DE MEDICION:

Al obtener somatometría del paciente se percentilará en las tablas correspondientes tipo CDC y NCHS.

IX. PROCEDIMIENTO

El procedimiento utilizado en los derechohabientes y solidario habientes del hospital rural de oportunidades número 36 del instituto mexicano del seguro social, ya aprobado el protocolo de investigación se procedió a solicitar a las autoridades de la unidad médica la autorización para la realización plena del estudio a través de un memorándum para el acceso a realizar la aplicación de los instrumentos para la medición de disfuncionalidad familiar y conyugal y la somatometria de los pacientes en estudio. El investigador de acuerdo a las actividades académicas y asistenciales se conto con un programa de actividades internas donde se acudió a la unidad médica durante la semana y en horario de atención de los pacientes se captaron a los pacientes de primera vez y los subsecuentes por medio de la enfermera o el equipo de salud quien lleva un control de menores de cinco años identificados con censos CEN 1 que acuden a su control de estado nutricional pidiendo autorización a los padres de los menores con la carta de consentimiento informado, se aplico un cuestionario donde se recopiló la información necesaria, que consto de una hoja de registro de pacientes que incluyo numero de seguridad social, edad, estado civil y que cubrieron los criterios de inclusión del estudio.

Como segundo punto se evaluó el grado de disfunción en el subsistema conyugal se aplicaron los instrumentos aprobados por medicina familiar, Aplicando dos instrumentos de evaluación el primero llamado APGAR familiar, el

segundo, evaluación del subsistema conyugal. Posteriormente se realizó la evaluación del estado nutricional del menor de cinco años (somatometría).

Se tuvo el cuidado en evitar factores que amenacen la validez y confiabilidad de los resultados, se asumió el control estricto para recopilar la información y control de instrumentos, se conservó la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio como base fundamental para la realización del mismo.

Toda la información obtenida se capturó en Microsoft Office Excel realizándose análisis con medidas de tendencia central y de dispersión para variables cualitativas y cuantitativas a través de una base de datos en el Programa SPSS 10.0. Finalizando con la representación de los datos obtenidos a través de tablas y gráficas concluyendo con el análisis y discusión de los mismos e impresión de la tesis previa autorización de asesores correspondientes.

X. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se procedió a vaciamiento de datos a través de programa de análisis estadístico SPSS versión 10, el cual se llevó a cabo diariamente y tomando la información de la hoja de recolección de datos.

Al finalizar captura de datos se procedió a determinar frecuencias y medidas de tendencia central para cada una de las variables estudiadas, realizándose tablas y gráficas para interpretación de datos.

XI. RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Físicos:

- Hospital rural de oportunidades número 36 del IMSS

Materiales:

- Tablas de medición para valorar el estado nutricional
- Hojas blancas,
- Plumas,

- ◉ Copias de instrumentos a evaluar
- ◉ Área física para evaluar a los pacientes
- ◉ Instrumentos para evaluar disfunción familiar

Tecnológicos:

- ◉ Sistema de computo

Financieros:

- ◉ A través Del investigador

Humanos:

- ◉ El investigador,
- ◉ asesor
- ◉ asistente médico.

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Cumpliendo con las normas éticas internacionales de salvaguardar la integridad física, social y psíquica de los participantes en el estudio de investigación:

- Se guardo el anonimato de cada uno de los participantes.
- Para garantizar la libre aceptación de participación en el estudio de investigación, se solicito, previa información del estudio, la firma de la “Carta de consentimiento informado para la participación de niños en estudios de investigación clínica” (anexo 1), con indicación puntual de los riesgos, molestias, inconvenientes y beneficios de su participación.
- Se respeto el derecho de no-participación o de retirarse del estudio cuando la paciente así lo decidiera
- Los participantes tuvieron prioridad de conocer los resultados del estudio.
- Cada padre de niño participante cuyo estudio sea reportado anormal, con su autorización se le administro el tratamiento pertinente a cada caso.

CONSIDERACIONES EN EL MARCO JURIDICO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MEXICO:

Se ajusto a las normas éticas de LA LEY GENERAL DE SALUD EN LA REPUBLICA MEXICANA en materia de investigación en su artículo 117 fracción 2da, para la búsqueda de colaboradores de investigación en seres humanos.

De acuerdo a la ley general de salud en el titulo 5to capitulo único con respecto a la investigación para la salud articulo 100.donde se cita reglamento jurídico para investigar con seres humanos.

Norma ética del instituto mexicano del seguro social, establecido el permiso por escrito con carta de consentimiento informado de los padres de familia de los menores de cinco años.

Así como las normas internacionales de investigación plasmada en la declaración de Helsinki en la propuesta de principios éticos como de bajo riesgo ya que solo se limita a estudio observacional.

XIV. RESULTADOS

XIV.1 FACTORES SOCIOCULTURALES.

Durante los doce meses de estudio se registraron 157 menores de cinco años a los cuales se les realizo somatometría durante la consulta, realizada en el consultorio 4 de febrero-agosto 2009. Ninguno fue excluido siendo valorado su estado nutricional y aplicándole el instrumento de medición de apgar familiar y subsistema conyugal a los padres de los pacientes en estudio.

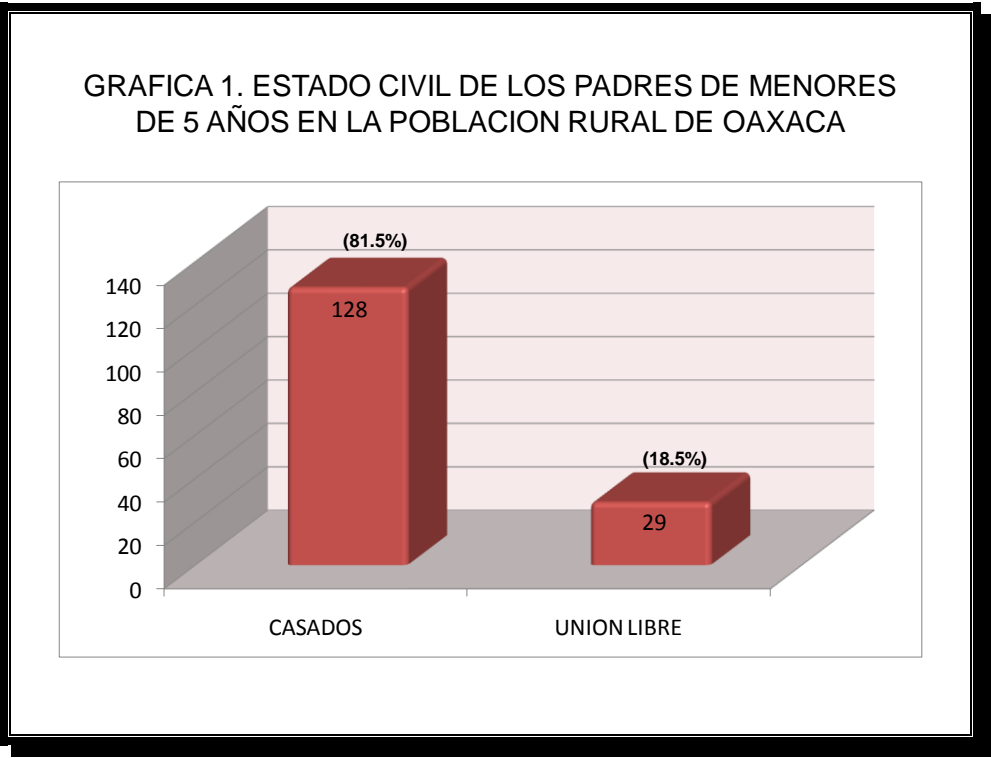
En la tabla 1 se aprecia la edad de los padres de los menores de cinco años con un promedio de 31 y una desviación estándar (DE) DE + - 6.53. Se agruparon estratos de edad para el análisis de este rubro encontrando que el grupo de 27 a 36 años fue el que más prevaleció en esta investigación, en relación a las madres en donde la edad estuvo comprendida entre 16 y 45 años,

con un promedio de 27.59 y DE ± 5.55 prevaleciendo en este rubro el grupo de 26 a 35 años como se puede apreciar en la tabla dos.

En cuanto a la escolaridad el rubro de mayor prevalencia encontrada en ambos padres fue el de primaria completa y con una menor frecuencia de licenciatura con el 0.6%, DE ± 1.06 para escolaridad paterna y DE ± 0.98 para escolaridad materna.

Así mismo se investigo la ocupación de ambos padres siendo más frecuentes la ocupación de campesino con el 56.1% y domestica con el 94.9% para las madres (ver tablas 1 y 2), con una DE ± 1.06 para ocupación paterna y DE ± 0.96 para ocupación materna.

En cuanto al estado civil de los padres estudiados como se puede apreciar en la grafica 1 el 81.5% son casados y el 18.5% en unión libre con una DE ± 0.39 y el 71.1% pertenecen a la religión católica con una DE ± 0.48 (ver tablas 1 y 2 y gráfica 1).



Fuente: Cédula de recolección de datos.

TABLA 1. FACTORES SOCIOCULTURALES DE PADRES DE LOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA POBLACION RURAL DE OAXACA (HRO NO. 36 IMSS OPORTUNIDADES TLACOLULA DE MATAMOROS)

FACTOR RELACIONADO	CASOS NÚM.	DE %	
EDAD PATERNA			± 6.53
17-26 años	35	22.3	
27-36 años	98	62.4	
37-46 años	19	12.1	
47-56 años	4	2.6	
57-66 años	1	0.6	
TOTAL	157	100	
ESCOLARIDAD PATERNA			± 1.06
Analfabeta	1	0.6	
Primaria incompleta	20	12.8	
Primaria completa	103	65.6	
Secundaria incompleta	10	6.4	
Secundaria completa	17	10.9	
Bachillerato	3	1.9	
Carrera técnica	2	1.3	
Licenciatura	1	0.6	
TOTAL	157	100	
OCUPACIÓN PATERNA			± 1.06
Campeño	88	56.1	
Obrero	58	36.9	
Empleado	10	6.4	
Profesionista	1	0.6	
TOTAL	157	100	
ESTADO CIVIL			± 0.39
Casados	128	81.5	
Unión libre	29	18.5	
Divorciados	0	0.0	
TOTAL	157	100	
RELIGION			± 0.48
Católica	121	77.1	
Evangélica	33	21.0	
Cristiana	3	1.9	

TOTAL	157	100
-------	-----	-----

Fuente: Cédula de recolección de datos.

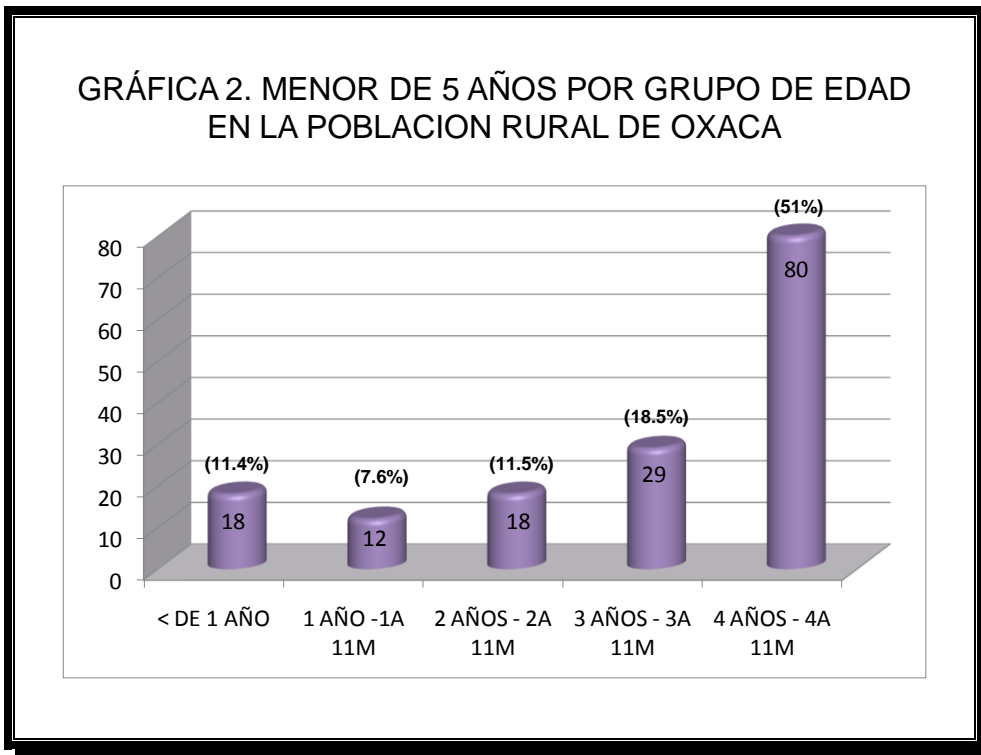
TABLA 2. FACTORES SOCIOCULTURALES DE MADRES DE LOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA POBLACION RURAL DE OAXACA (HRO NO. 36 IMSS OPORTUNIDADES) DE TLACOLULA DE MATAMOROS.

FACTOR RELACIONADO	CASOS NÚM.	%	DE
EDAD MATERNA			± 5.50
16-25 años	58	36.9	
26-35 años	86	54.8	
36-45 años	13	8.3	
TOTAL	157	100	
ESCOLARIDAD MATERNA			± 0.98
Analfabeta	2	1.3	
Primaria incompleta	24	15.2	
Primaria completa	105	66.9	
Secundaria incompleta	10	6.4	
Secundaria completa	10	6.4	
Bachillerato	5	3.2	
Carrera técnica	0	0.0	
Licenciatura	1	0.6	
TOTAL	157	100	
OCUPACION MATERNA			± 0.26
Obrero	1	0.6	
Empleado	6	3.9	
Doméstica	149	94.9	
Profesionista	1	0.6	
TOTAL	157	100	
ESTADO CIVIL			± 0.39
Casados	128	81.5	
Unión libre	29	18.5	
Divorciados	0	0.0	
TOTAL	157	100	
RELIGION			± 0.48
Católica	121	77.1	
Evangélica	33	21.0	
Cristiana	3	1.9	
TOTAL	157	100	

Fuente: Cédula de recolección de datos.

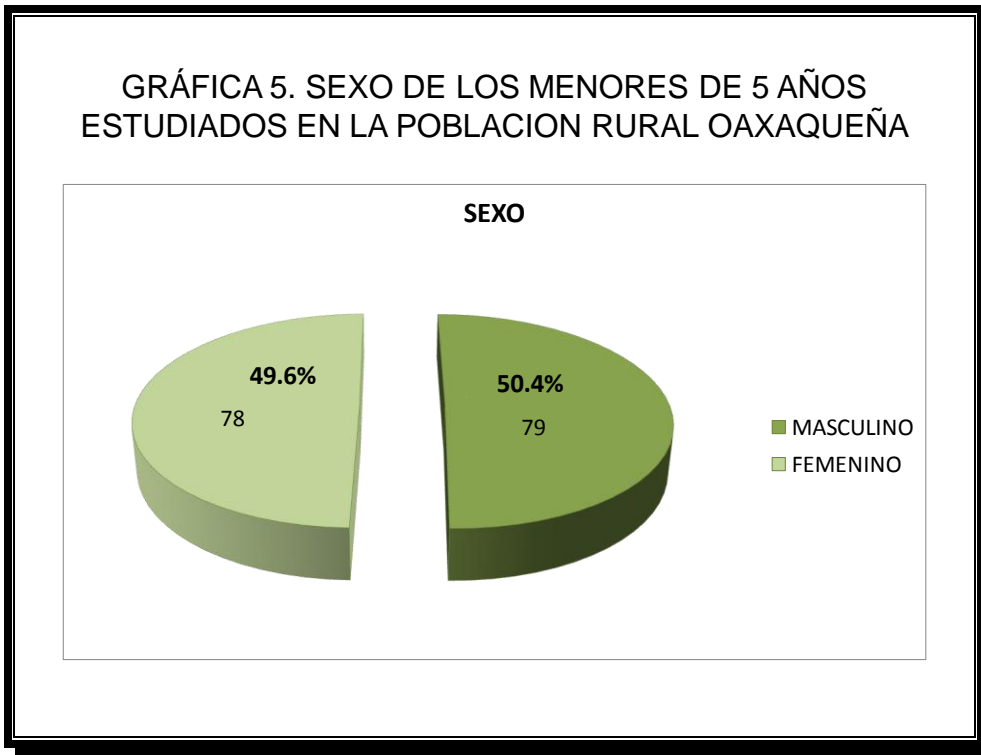
XIV.2 MENORES DE CINCO AÑOS DE LA POBLACION RURAL ESTUDIADA.

Durante las consultas otorgadas en el tiempo de estudio en el consultorio 4 se incluyeron 157 niños con una edad que estuvo comprendida de menor de un año a 4 a 11 meses con un promedio de 3.9 y DE +- 1.40, obteniéndose cinco grupos de edad de estos el que más prevaleció fue el de cuatro años a cuatro años once meses (ver tabla 3 y grafica 2).



Fuente: Cédula de recolección de datos.

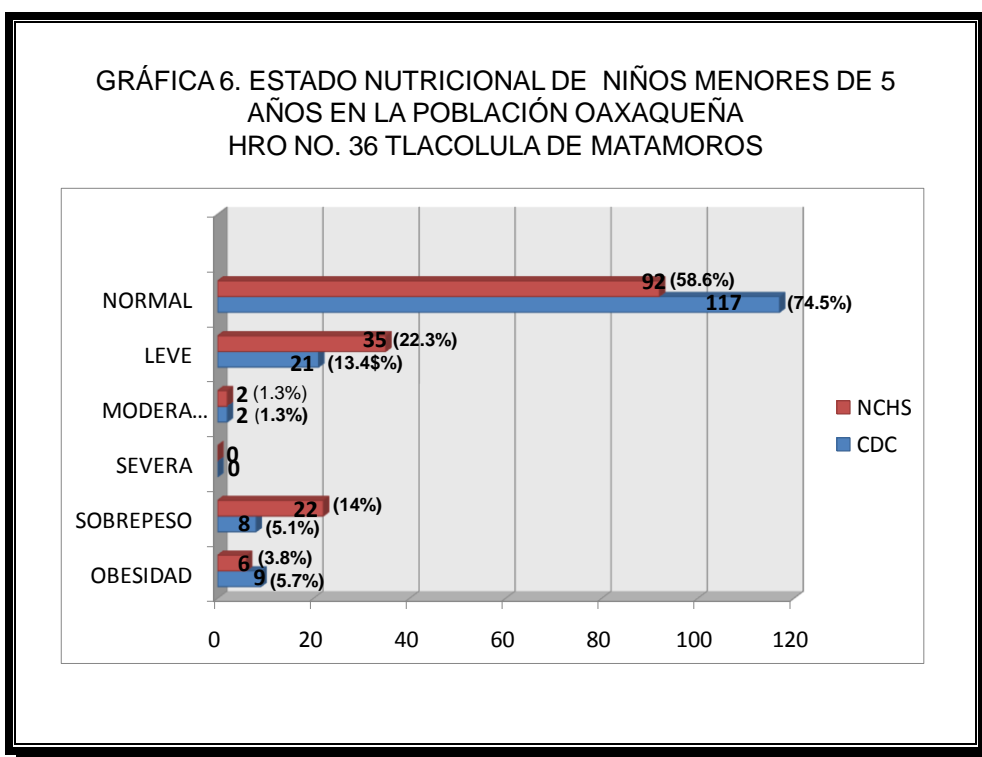
El sexo que mas prevaleció de los niños estudiados es el sexo masculino con el 50.4% sin haber gran diferencia con el femenino (49.6%), con una relación hombre: mujer 1.01:1 (ver grafica 5).



Fuente: Cédula de recolección de datos.

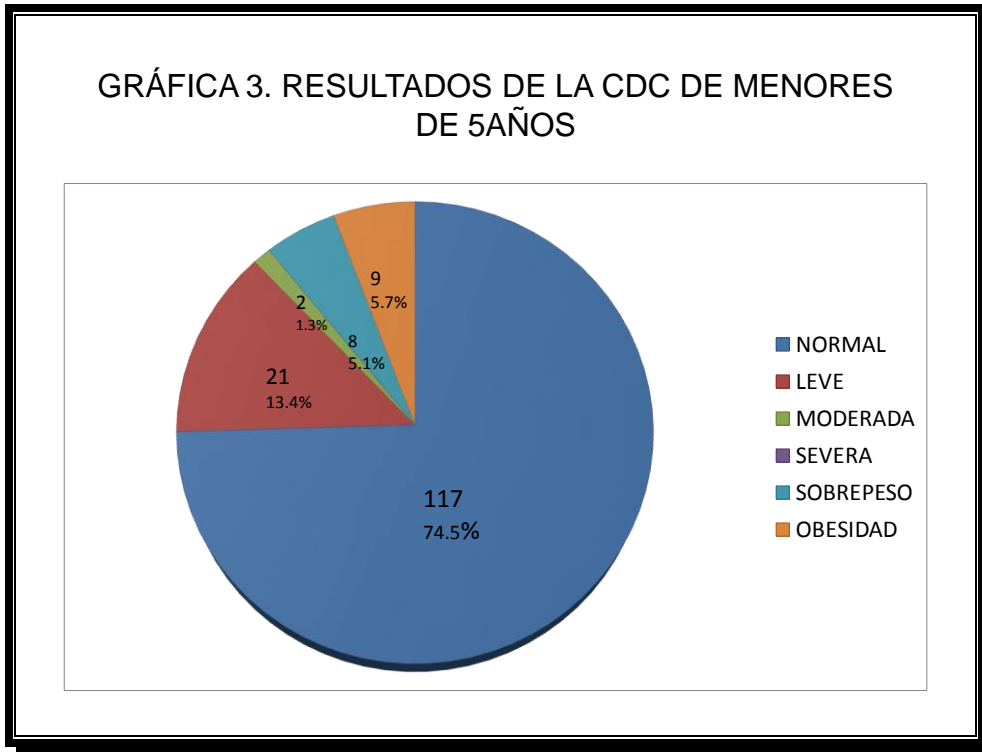
XIV.3 VALORACION NUTRICIONAL

El estado nutricional determinado a través de la somatometría realizada a cada uno de los menores fue graficada por medio de tablas de la CDC Y LA NCHS y agrupándose dentro de los valores universales comprendidos como: normal, D. leve, D. moderada, D. severa, sobrepeso y obesidad. (Ver grafica 6).



Fuente: Cédula de recolección de datos.

De acuerdo a la CDC para este grupo investigado se obtuvo una DE +- 1.42, y el estado nutricional de mayor prevalencia fue el normal con el 74.5% y de menor frecuencia la desnutrición moderada con el 1.3%. (Ver tabla 3 y grafica 3).



Fuente: Cédula de recolección de datos.

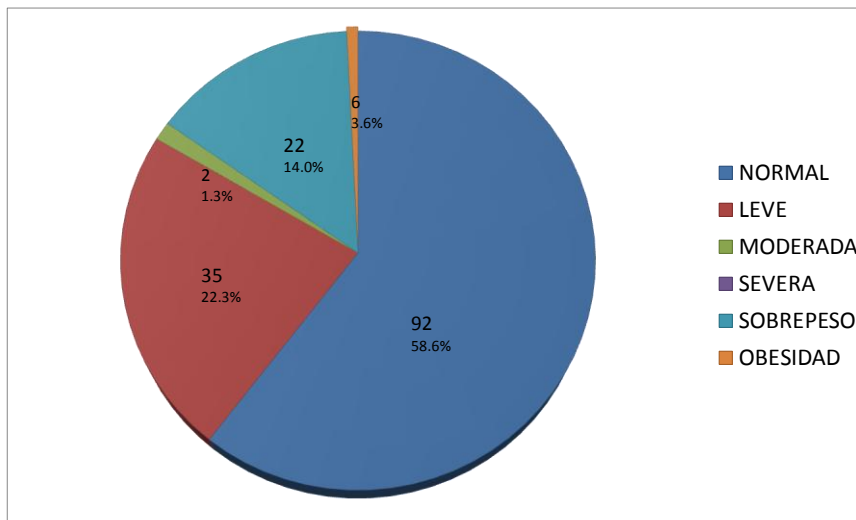
De acuerdo a la NCHS se obtuvo una DE \pm 1.58 y el estado nutricional de mayor prevalencia fue el normal con el 58.6% y muy similar al de CDC con una mayor frecuencia de desnutrición moderada de 1.3% hallándose un importante sobrepeso a través de esta medición (NCHS) con el 14% de los menores estudiados (ver tabla 3 y grafica 4).

TABLA 3. ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA POBLACION RURAL DE OAXACA (HRO NO. 36 IMSS OPORTUNIDADES) DE TLACOLULA DE MATAMOROS.

FACTOR RELACIONADO	CASOS NÚM.	%	DE
EDAD DEL MENOR			± 1.40
Menor de 1 año	18	11.4	
De 1 año - 1ª 11m	12	7.6	
De 2 años - 2ª 11m	18	11.5	
De 3 años - 3ª 11m	29	18.5	
De 4 años - 4ª 11m	80	51.0	
TOTAL	157	100	
SEXO			
Femenino			
Masculino			
TOTAL	157	100	
<u>ESTADO NUTRICIONAL</u>			± 1.42
CDC			
Normal	117	74.5	
Leve	21	13.4	
Moderada	2	1.3	
Sobrepeso	8	5.1	
Obesidad	9	5.7	
TOTAL	157	100	
NCHS			± 1.58
Normal	92	58.6	
Leve	35	22.3	
Moderada	2	1.3	
Sobrepeso	22	14.0	
Obesidad	6	3.8	
TOTAL	157	100	

Fuente: Cédula de recolección de datos.

GRÁFICA 4. VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL POR LA CNHS EN MENOR DE 5 AÑOS



Fuente: Cédula de recolección de datos.

XIV.4 VALORACION DE DISFUNCION FAMILIAR Y SUBSISTEMA CONYUGAL

De acuerdo a los instrumentos utilizados en esta investigación atreves del APGAR se valoro el grado de disfunción familiar, según la calificación encontrada la percepción de apoyo familiar es satisfactoria como se puede observar en la tabla 4 se obtuvo una DE de +- 0.39 y el rubro que mas prevaleció fue el de sin disfunción familiar con el 89.2% de las familias estudiadas, el 8.9% correspondió a disfunción familiar moderada y de menor prevalencia con el 1.9% disfunción familiar severa.

La adaptabilidad para el hombre fue satisfactoria, no siendo igual en la mujer pero por el puntaje obtenido no fue relevante para calificar disfunción, la participación fue similar a la adaptabilidad, el crecimiento la mujer muestra sometimiento a la voluntad de la familia o el esposo, en el afecto el hombre se muestra satisfecho y para la mujer algunas veces, y en la resolución el hombre es el que decide el tiempo que dedica a la familia.

Al analizarse el SUBSISTEMA CONYUGAL con una DE +- 0.47 se encontró en la investigación que el 26.1% correspondió a pareja sin disfunción, 72%de los casos con disfunción moderada, y siendo menor en el rubro de pareja con disfunción severa con el 1.9% de los casos estudiados (ver tabla 4).

TABLA 4. VALORACION DE APGAR Y SUBSISTEMA CONYUGAL EN PADRES DE LOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA POBLACION RURAL OAXAQUEÑA (HRO NO. 36 IMSS OPORTUNIDADES) DE TLACOLULA DE MATAMOROS.

FACTOR RELACIONADO	CASOS NÚM.	DE %	
APGAR			± 0.39
Sin disfunción familiar	140	89.2	
Disfunción familiar moderada	14	8.9	
Disfunción familiar severa	3	1.9	
TOTAL	157	100	
SUBSISTEMA CON YUGAL			± 0.47
Pareja sin disfunción	41	26.1	
Pareja con disfunción moderada	113	72.0	
Pareja con disfunción severa	3	1.9	
TOTAL	157	100	

Fuente: Cédula de recolección de datos.

Aquí es importante enfatizar que prevalece, el arraigo importante de la familia rural, tradicional, donde lo importante es el de subsistir en lo material, dejando a menos la comunicación, no se comparten roles, la mujer cumple con su pareja en cuanto a la actividad sexual, siendo para ella una obligación aun en contra de su voluntad, en el afecto este está empobrecido y en la toma de decisiones la mujer sigue siendo ignorada, asumiendo la familia o el esposo las decisiones que la familia requiera, e incluso la coalición que hace el esposo con su familia de origen, restándole menos importancia a la que el formo, no a si para la esposa la cual se independiza al 100% de su familia de origen, para cumplir con las obligaciones de esposa actividad llevada a cabo por tradición y por convicción de género.

XV. DISCUSIÓN.

El presente estudio es representativo la escolaridad y ocupación de ambos padres no influyeron en su totalidad en la presencia de malnutrición de los menores de cinco años de este estudio, sin embargo por ser una población rural con un modelo de familia tradicional con un arraigo importante de la figura materna en el hogar no se ve reflejado alteración en el estado nutricional de los menores de cinco años.

Sin embargo al ser aplicados los instrumentos del APGAR Y DEL SUBSISTEMA CONYUGAL la satisfacción del apoyo familiar es importante, aunque en el subsistema conyugal se le resta importancia las disfunciones que presentan los padres ya que por ser familias rurales tradicionales, la toma de decisiones se da por el esposo, e incluso no hay participación ni intercambio de roles, y la comunicación tanto la analógica como la verbal están ausentes.

- Este estudio es nuevo para comunidades rurales en Oaxaca, lo que enfatiza la importancia del médico familiar para conseguir una salud biopsicosocial familiar, preventiva y no solamente curativa cuando el paciente con su entorno construye su enfermedad, siendo este el reto más importante para el médico familiar.
- El encuestador fue una sola persona la cual fue capacitada para la aplicación de los instrumentos de medición para valorar estado nutricional y disfunción familiar y conyugal por parte de sus asesores de tesis.
- La revisión de expedientes clínicos permitió controlar posibles sesgos de memoria de los padres al momento de la encuesta.
- La valoración del estado nutricional se realizó de acuerdo a los criterios internacionales (CDC Y NCHS)
- La valoración de disfunción familiar y subsistema conyugal son instrumentos validados por el consejo internacional de medicina familiar, a través del apgar familiar (Smilkstein 1978 y 1982), subsistema conyugal (VICTOR CHAVEZ AGUILAR).

Esta investigación permitió analizar los siguientes puntos.

- El 62.4% de la edad paterna correspondió al rubro de 27 a 36 años y la edad materna con el 54.8% correspondió al rubro de 26 a 35 años.
- Entre escolaridad paterna y materna la más común fue la primaria incompleta.
- En cuanto a ocupación paterna el 56.1% se desempeñan como Campesino y el 94.9% como domesticas como ocupación materna
- El estado civil con el 81.5% corresponde a parejas casadas.
- El 77.1% pertenecen a la religión católica.
- El sexo de los menores de cinco años que mas prevaleció con el 50.4% fue el masculino
- De acuerdo a la valoración por CDC el 74.5% obtuvo un estado nutricional bueno para el peso y talla.
- Y atreves de la valoración por NCHS el 58.6% obtuvo un estado nutricional normal, sin embargo cabe mencionar que a diferencia de la valoración con CDC atreves de estas graficas el 14% de los menores presento sobrepeso.
- Con la aplicación del apgar familiar se hallo que el 89.2% no tuvo disfunción familiar sin embargo, al ser aplicado el subsistema conyugal modifica de forma importante la perspectiva de cada conyugue resultando el 72% como pareja con disfunción moderada.

XVI. CONCLUSIONES

Al ser aplicados el APGAR y el subsistema conyugal pudimos observar en los resultados obtenidos con una mayor trascendencia de parejas con disfunción moderada en el subsistema conyugal lo cual implica que la mujer indígena continua siendo limitada y acatándose al tradicionalismo familiar ya que en el apgar al valorar a la familia como un entorno no mostraron gran disfuncionalidad en cuanto a la calificación de los puntajes requicitados, sabiendo que se está midiendo el grado de percepción del apoyo familiar.

La malnutrición de los menores de cinco años de la población de Tlacolula de Matamoros consultorio 4 del HRO 36 está condicionado principalmente por la disfunción del subsistema conyugal identificados y no en relación a disfunción familiar por lo que considero importante capacitar a los médicos familiares y residentes en medicina familiar para que se realicen intervenciones oportunas mediante la orientación y consejería en todas las familias donde haya integrantes menores de cinco años principalmente en mejorar la función de comunicación en el subsistema conyugal, para que sea posible la atención de estos pacientes en sus hogares.

Por otro lado sería importante también canalizar a los casos severos de malnutrición a tratamientos especializados y encaminar a cada integrante de la familia a asumir el rol correspondiente con la finalidad de mejorar la atención en el menor de cinco años y por consiguiente una salud biopsicosocial familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Ramos-Galván R. Somatometría pediátrica. Arch Invest Med 1975; supl 1: 83-396.
- 2) Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Herramientas para el diagnóstico de la disfunción familiar. Ed. 31 Ferrer Internacional. pp 1-31.
- 3) Ruiz-Rodríguez G. La familia. Rev Cubana Med Gen Integral 1990; 6: 5-10.
- 4) Ares P. Mi familia es así. La Habana: Ed. Ciencias Sociales, 1990. pp 17-23.
- 5) Huerta-González JA, Farfán-Salazar G. PAC-1 de la Salud Familiar. pp 5-37.
- 6) Ramírez-Mayans JA, Cervantes-Bustamante R, Mata-Rivera N, Zárate-Mondragón F, Sagols-Méndez G. Nutrición Infantil en México, ¿hacia dónde vamos? Acta Pediatr Mex 2002; 23: 28-30.
- 7) INEGI censo de población Oaxaca 2007
- 8) Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la Salud del Niño. Diario Oficial de la Federación, 9 de febrero del 2001: 13-59.
- 9) Jason R, Ron N, Shilkofski D. Manual Harriet Lane de Pediatría. Séptima edición. The Johns Hopkins Hospital. pp 521-616.
- 10) Games JE, Troconis TG. Introducción a la Pediatría. 5º Edición. Méndez Editores México 2006. pp .29-136.

- 11) Huerta-González JL. La Familia en el proceso de salud y enfermedad. Medicina Familiar. Biblioteca de Medicina Familiar. Editorial alfil S.A. de C.V. 2003. pp 35-56
- 12) Díaz-Tenorio M. Acerca de la familia cubana actual. Ed. Academia, La Habana, Cuba 1993. pp 3-18
- 13) Ruiz-Rodríguez G. La familia. Rev Cubana Med Gen Integral 1990;6(1)
- 14) Molina A. La familia como sistema. Un enfoque dialéctico. Facultad Psicología. UNAM.
- 15) Kuczarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, et al. Growth Charts: United States. Advance data from Vital and health statistics. Hyattsville, Maryland. National Center for Health Statistics 2000: 314: 1-28.
- 16) Ramos-Galván R. Somatometría pediátrica. Arch Invest Med 1975; supl 1: 83-396.
- 17) Flegal KM, Wei R, Ogden C. Weight-for-stature compared With body mass index-for-age growth charts for the United States from the Centers for Disease Control and Prevention. Am J Clin Nutr 2002; 75: 761-766.
- 18) Toussaint G. Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis. McGraw-Hill New York 2001:117-149.
- 19) Irigoyen CA. Nuevos fundamentos de la medicina familiar. Ediciones México Editorial Medicina Familiar Mexicana. México 2000. pp 59-73
- 20) Minuchin S, Fishman HC. Familia y terapia familiar. Editorial Gedisa, Barcelona 2002. pp 115-123.

- 21) Irigoyen CA, Morales IH, Hernández TI, Mazon RJ, Fernández OM, Mosqueda PG. Análisis estructural estudios de familia. Revista Archivos de Medicina Familiar 2002, 4: 22-26
- 22) Arpar SR. El primer año de vida del niño. Editorial fondo de cultura económica. México 1996. pp 35-46.
- 23) I de la Revilla. La atención longitudinal. el ciclo vital familiar. Disponible en: <http://24.232.114.45/cbmf2003>
- 24) Validación de la family adaptability and cohesión evaluation scales (FACE 111), en una población argentina. Disponible en: <http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/social/socr116.htm>
- 25) IMSS Hospital General de Zona #3, Mazatlán, Sinaloa. Medicina Familiar/ APGAR Familiar; FACES III; en línea <http://medicinafamiliar.wikiol.com> consultado el 02/02/2010; 13:10 hrs.
- 26) Chávez AV, Velazco OA. Disfunción familiar del subsistema conyugal. Rev. Med. IMSS (Méx.). 1994;32:39-43
- 27) Isabel Louro Bernal (et.ai); Manual para intervención en la salud familiar: la habana: editorial ciencias médicas; 2002.pp. 43.
- 28) Juan Manuel Sauseda García, J. Martín Maldonado Durán; *La Familia su Dinámica y Tratamiento; 2003*; organización panamericana de la salud. IMSS. PP. 3-79

GLOSARIO

UNAM	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HRO	HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES
NCHS	CENTRO NACIONAL DE ESTADISTICA PARA LA SALUD 1977
OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
CDC	TABLAS DEL CENTRO PARA EL CONTROL DE ENFERME DADES 2000
SUIVE	SISTEMA UNICO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
CEN-1	CENSO DE CAPTURA DEL ESTADO NUTRICIONAL Y TALLA
IMC	INDICE DE MASA CORPORAL
ITE	INDICE TALLA EDAD
NUM	NÚMERO
DE	DESVIACION ESTANDAR
%	PORCIENTO
T.	TALLA
KG	KILOGRAMOS
CM	CENTIMETROS

ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACCIONES REALIZAR	A	OCT-08	NOV-08	DIC-08	ENE-09	FEB-09	MAR-09	ABR-09	MAY-09	JUN-09	JUL-09	AGO-09	SEP-09	OCT-09
RECOLECCIÓN DE BIBLIOGRAFÍA														
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO														
APROBACIÓN DEL PROTOCOLO														
APLICACIÓN DE LA ENCUESTA														
CAPTURA DE DATOS														
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN														
REDACCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL INFORME														

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL OAXACA
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICA FAMILIAR N° 65

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN DE NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente autorizo que mí:

Participe en el protocolo de Investigación titulado:

**DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR CONDICIONANTE DE MALNUTRICIÓN EN EL MENOR DE 5 AÑOS EN
POBLACIÓN INDÍGENA**

Registrado ante el Comité de Investigación Local del H.G.Z. N° 1 con el número: _____

El objetivo del estudio es:

Determinar si la disfunción familiar es un factor condicionante de malnutrición en los menores de cinco años de la población indígena adscrita al consultorio 4 del hospital rural de oportunidades num.36 de Tlacolula de matamoros Oaxaca.

Se me ha explicado que su participación consistirá en:

- Contestar las preguntas contenidas en el cuestionario diseñado ex profeso para el estudio.
- Permitir que mi hijo se pesado y medido en su talla

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- No existen riesgos, inconvenientes o molestias por no tratarse de un estudio con intervenciones que pongan en riesgo la integridad física y psicológica de mi hijo.
- Los beneficios están orientados a detectar algún estado de mal nutrición que permitirá realizar acciones para corregir su estado nutricional.

El investigador responsable se comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal

DRA. GABRIELA MARTÍNEZ RIZO

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

Número telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigo

Testigo

ANEXO 3.

FORMULAS PARA DETERMINAR ESTADO NUTRICIONAL

PARA ESTO SE EVALUARA IMC (ÍNDICE DE MASA CORPORAL)

IMC= $\frac{\text{PESO}}{\text{TALLA}^2}$

TALLA 2

ITE (ÍNDICE TALLA EDAD) $\text{ITE} = \frac{\text{TALLA REAL CM} \times 100}{\text{Talla p 50 p /edad}}$

Talla p 50 p /edad

IPT = $\frac{\text{ÍNDICE PESO TALLA} = \text{IPT} = \frac{\text{PESO REAL Kg.} \times 100}{\text{PESO P/TALLA P 50(10)}}$

PESO P/TALLA P 50(10)

SOMATOMETRIA: registro de peso y talla, con báscula con estadímetro y mesa escuadra.

ANEXO 4

TABLAS PARA VALORAR EL INCREMENTO DEL PESO Y TALLA POR EDAD

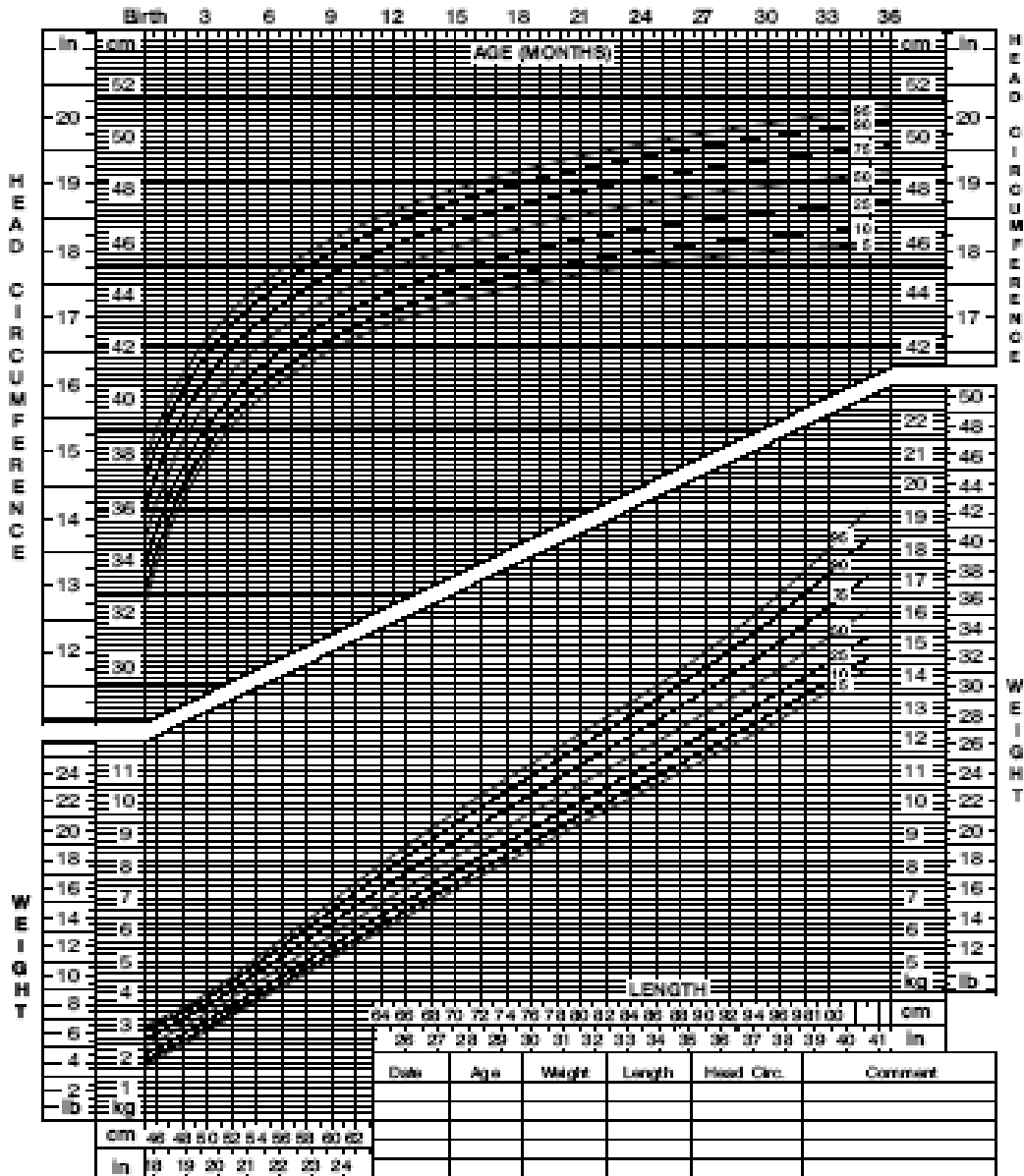
EDAD	PESO	TALLA
0 a 4 meses	750 g por mes	3 cm. por mes
4 a 8 meses	500 g por mes	2 cm. por mes
8 a 12 meses	300 a 250 g mes	1 cm. por mes
12 a 15 meses	200 a 150 g mes	1 cm. por mes
16 a 24 meses	200 a 150 g mes	1 cm. por mes
2 a 3 años	2 a 2.5 Kg. año	8 a 9 cm. por año
3 a 6 años	2 Kg. por año	5 a 6 cm. por año
6 a 10 años	3 a 4 Kg. por año	5 a 6 cm. por año

Birth to 36 months: Girls

Head circumference-for-age and
Weight-for-length percentiles

NAME _____

RECORD # _____



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>

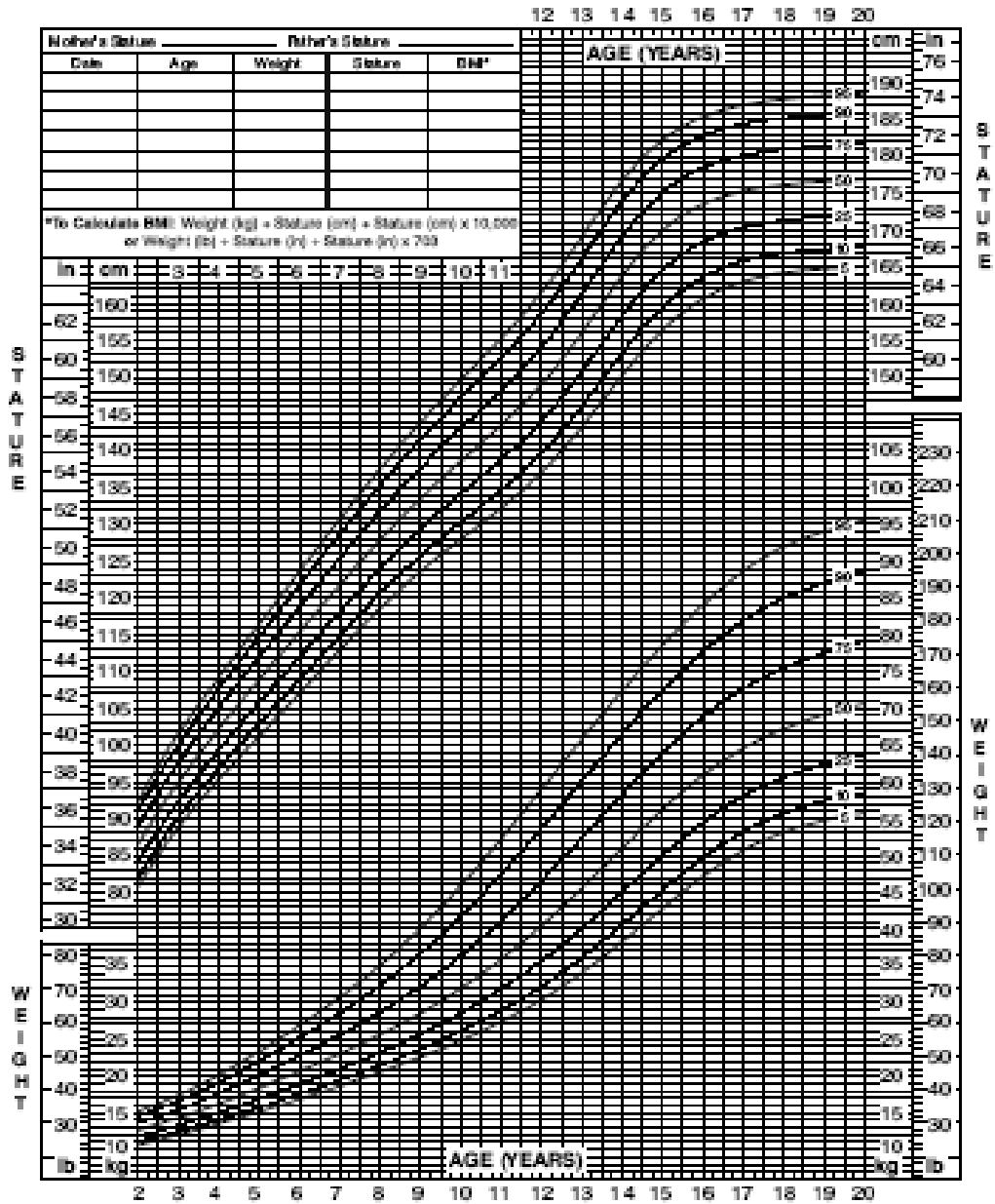


2 to 20 years: Boys

NAME _____

Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

RECORD # _____



Revised and corrected November 21, 2000.

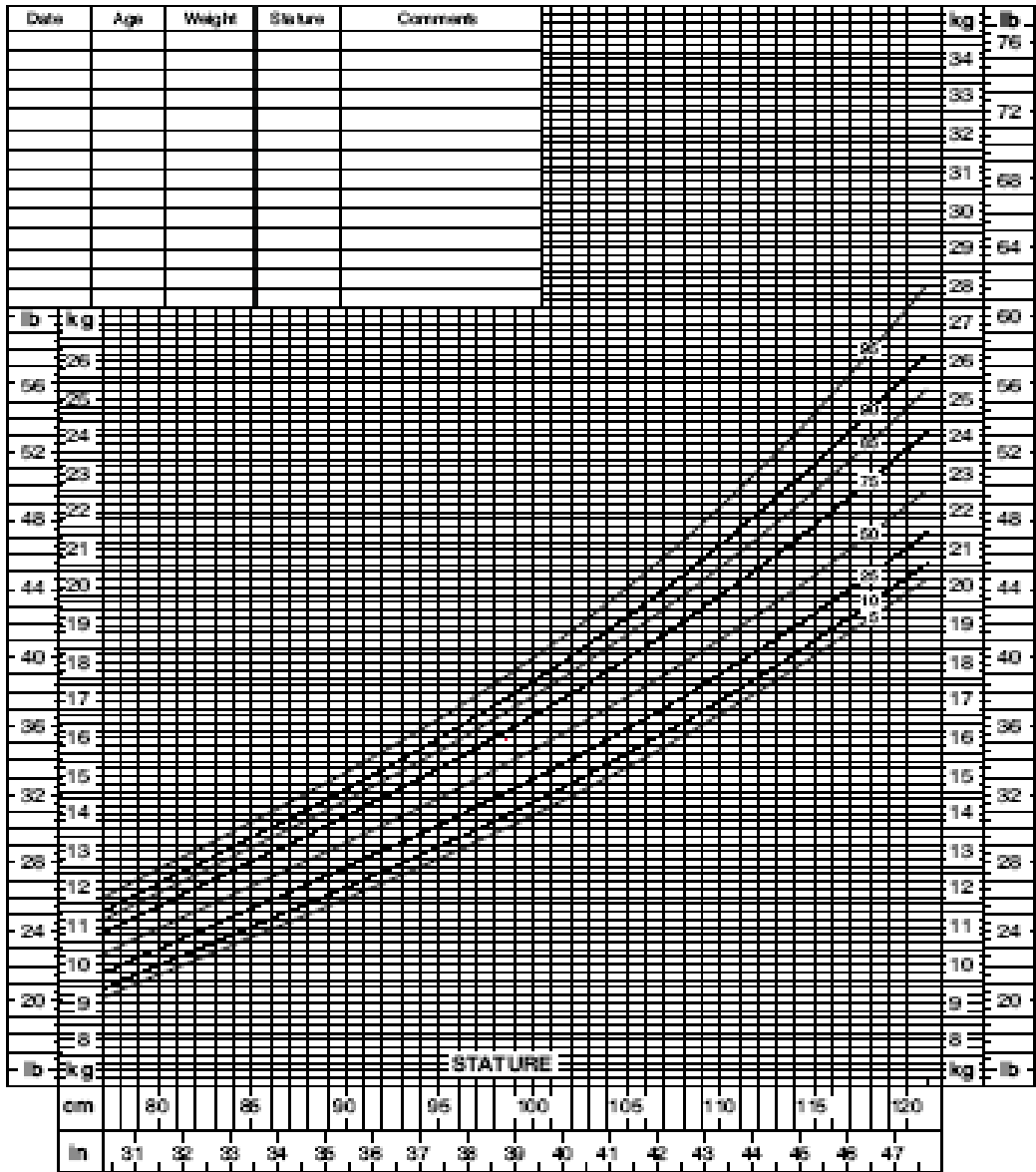
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center of Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
<http://nchs.cdc.gov/growthcharts>



NAME _____

RECORD # _____

Weight-for-stature percentiles: Boys



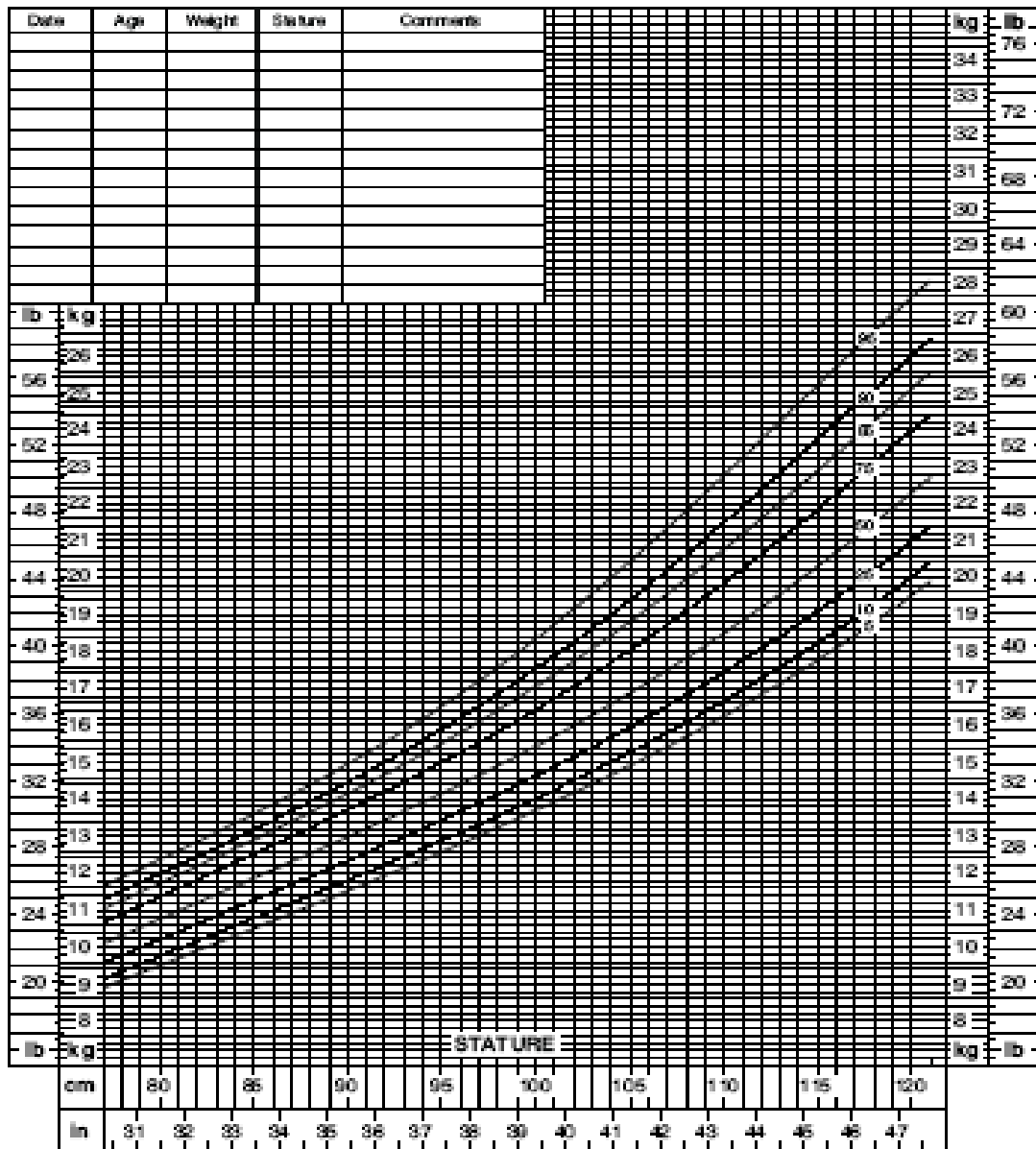
804935 Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://www.cdc.gov/nchs/data/nchs>



Weight-for-stature percentiles: Girls

NAME _____

RECORD # _____

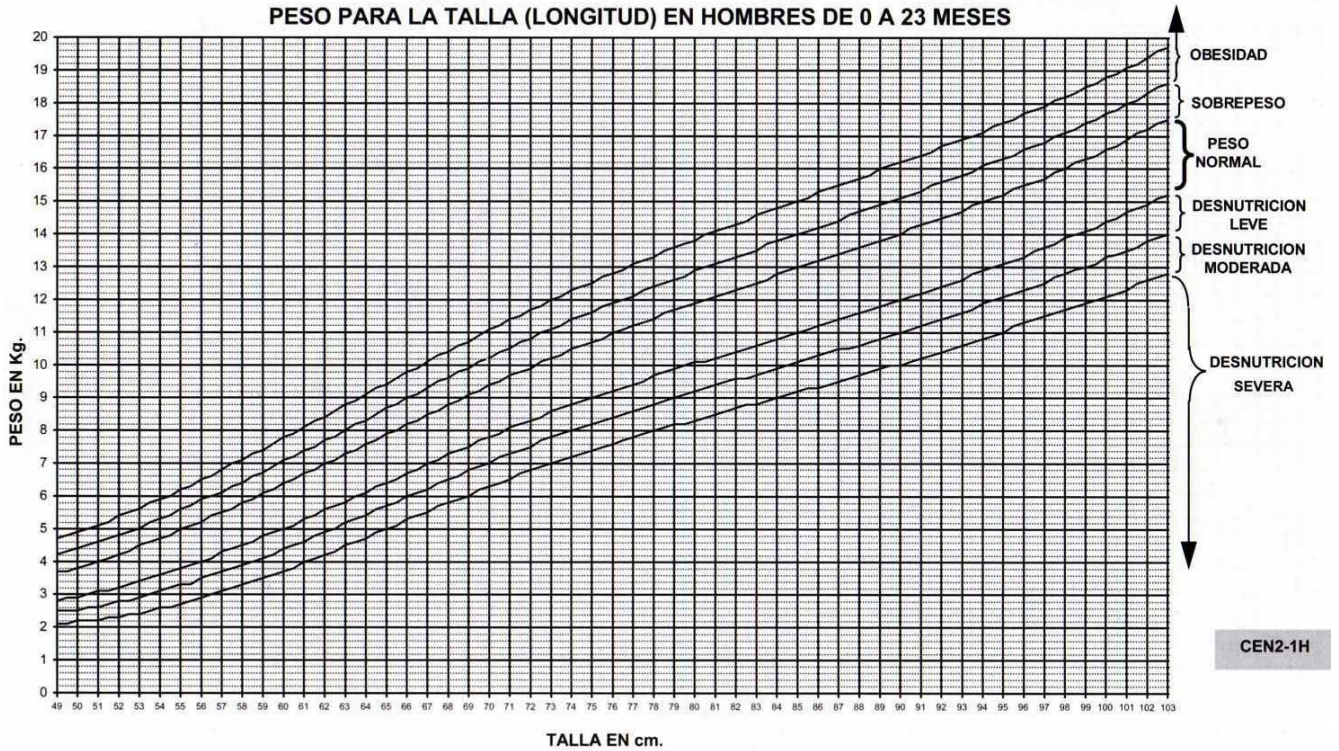


SGU 1002 Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000). <http://nchs.nscdc.gov/growthcharts>





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES
GRAFICAS PARA LA VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR DE 5 AÑOS



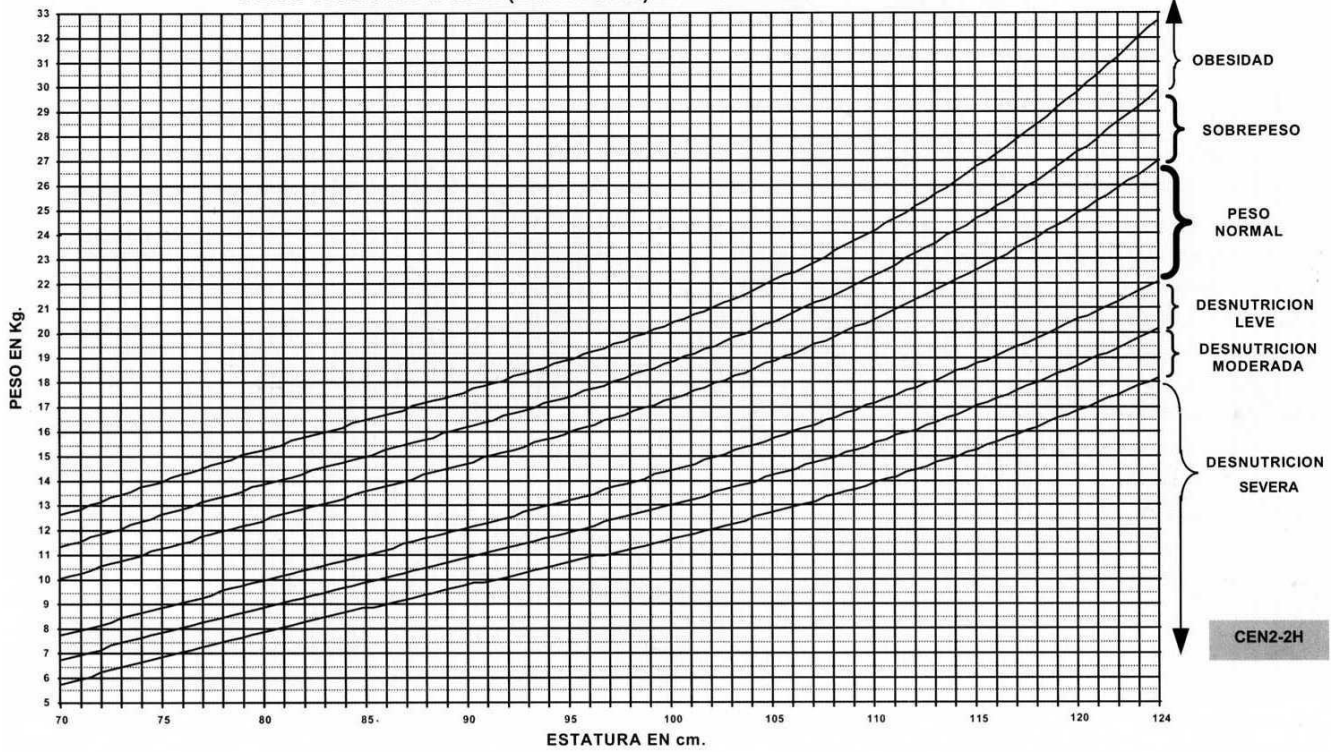
Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 día mes año

Nombre del jefe de familia: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

GRAFICAS PARA LA VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR DE 5 AÑOS
 PESO PARA LA TALLA (ESTATURA) EN HOMBRES DE 2 A 5 AÑOS



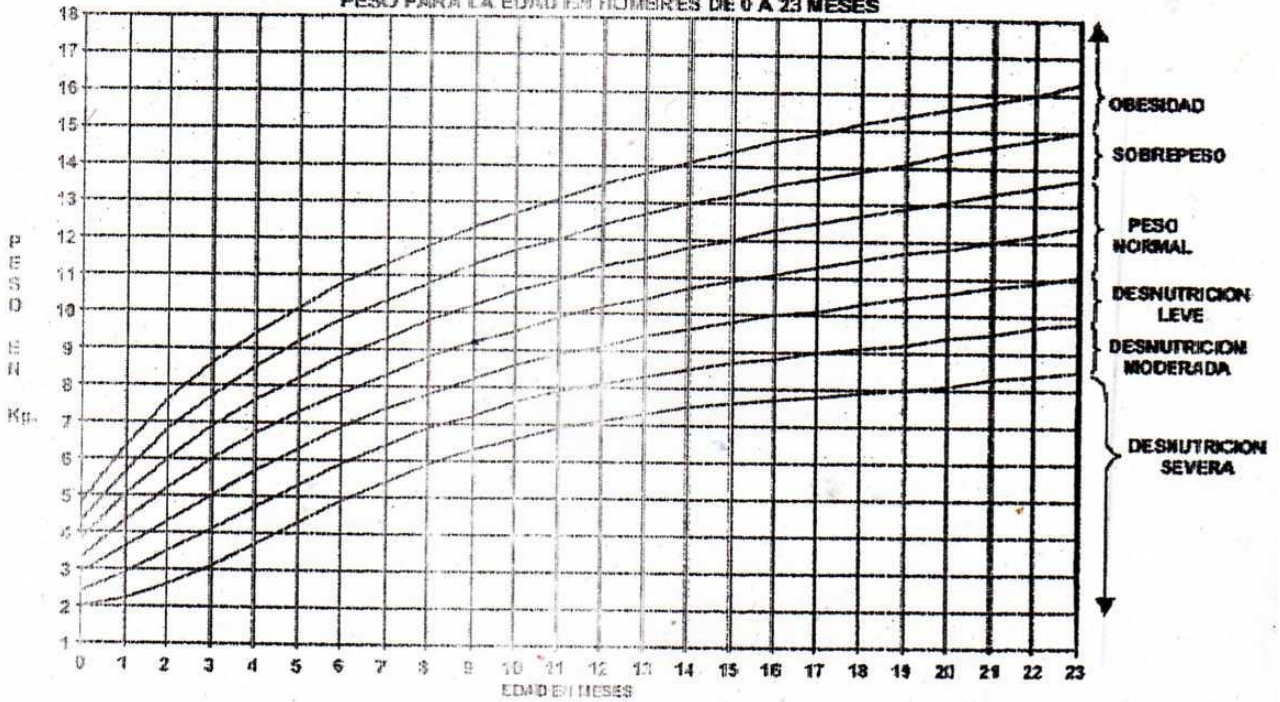
Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
 día mes año

Nombre del jefe de familia: _____

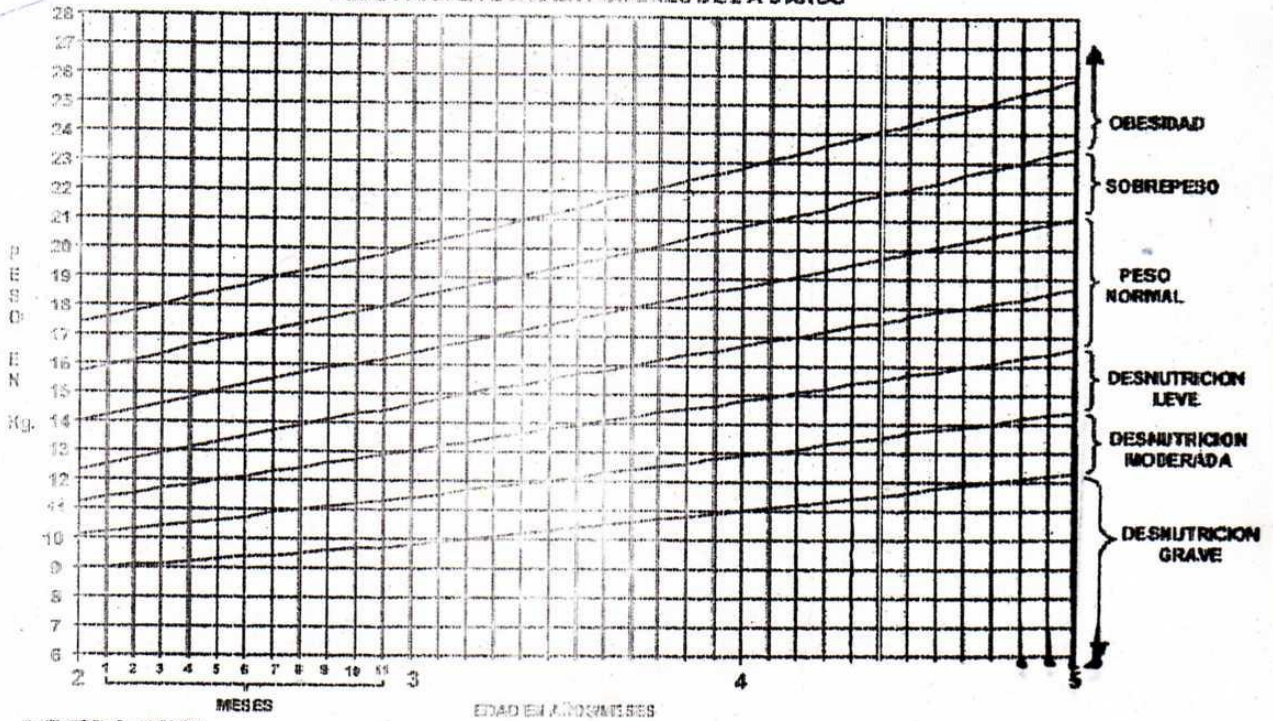


GRAFICAS PARA LA VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR DE 5 AÑOS

PESO PARA LA EDAD EN HOMBRRES DE 0 A 23 MESES



PESO PARA LA EDAD EN HOMBRRES DE 2 A 5 AÑOS



PLASYTE-TA LAS INCHS

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
 día mes año

Nombre del jefe de familia: _____

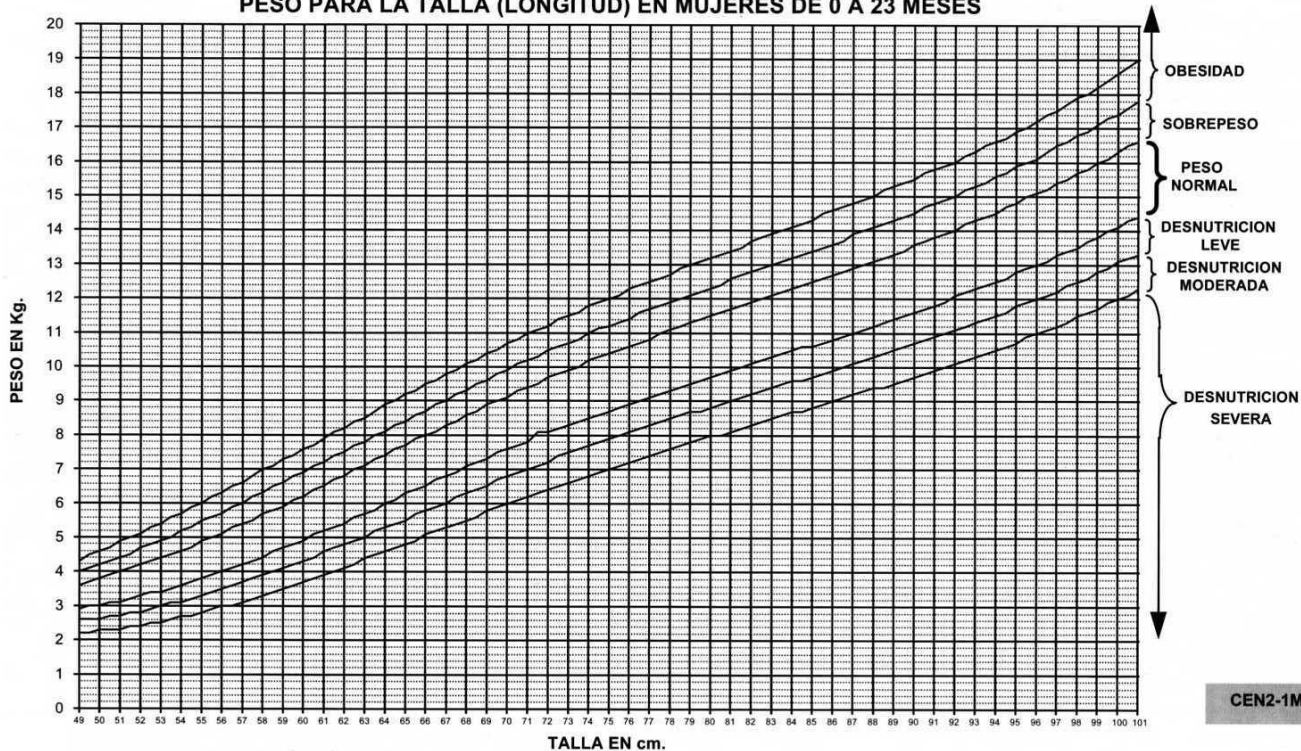
CEN 2-H



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION GENERAL DEL PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES

GRAFICAS PARA LA VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR DE 5 AÑOS

PESO PARA LA TALLA (LONGITUD) EN MUJERES DE 0 A 23 MESES



Nombre de la niña: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del jefe de familia: _____

ANEXO 6

INSTRUMENTO DE MEDICION APGAR FAMILIAR.

(Marque con una "X" una de las tres opciones de cada una de las preguntas, casi siempre, algunas veces o casi nunca).

APGAR FAMILIAR	CASI SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	CASI NUNCA (0)
Adaptabilidad: ¿está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
Participación: ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con Ud. En la resolución de ellos?			
Crecimiento: ¿su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
Afecto: ¿está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución: ¿le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

Calificación del APGAR familiar.

Puntos	Evaluación
0 a 3	familia altamente disfuncional
4 a 6	moderada disfunción familiar
7 a 10	familia funcional

FUENTE: Referencia bibliográfica #25

ANEXO 7.

INSTRUMENTO DE MEDICION EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

Instrucciones. (Marque con una “x” cualquiera de las tres opciones nunca, ocasional o siempre).

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I. COMUNICACIÓN			
a)se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b)la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c)existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
II. ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES			
a)la pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b)son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c)se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III. SATISFACCIÓN SEXUAL			
a)es satisfactoria la frecuencia de relaciones sexuales	0	5	10
b)es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. AFECTO			
a)existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b)el tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
c)se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d)perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V. TOMA DE DECISIONES			
a)las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

CALIFICACIÓN DE LA DISFUNCIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL.

0 A 40	PAREJA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL
41 A 70	PAREJA CON DISFUNCIÓN MODERADA
71 A 100	PAREJA FUNCIONAL

FUENTE: Referencia bibliográfica #26

ANEXO 8



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL OAXACA
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICA FAMILIAR N° 65

Folio: _____

IDENTIFICACIÓN

Domicilio:

Comunidad _____ de _____ Procedencia:

Nombre de padre: _____

edad _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Nombre de la madre: _____

edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Seleccionar número correspondiente a escolaridad:

2. Analfabeta
3. Primaria incompleta
4. Primaria completa
5. Secundaria incompleta
6. Secundaria completa
7. Bachillerato incompleto
8. Bachillerato completo
9. Carrera técnica incompleta

10. Carrera técnica completa

11. Licenciatura incompleta

12. Licenciatura completa

Estado civil:

1. Casados
2. Unión libre

Religión:

1. Católico
2. Cristianos
3. Protestante
4. Adventista
5. Evangélicos
6. Otro (especificar): _____

Nombre del niño

edad

Estado nutricional

Peso: _____

Talla: _____

I.M.C.: _____

CATEGORÍA NUTRICIONAL: _____

1. Norma
2. Desnutrición leve
3. Desnutrición moderada
4. Desnutrición severa
5. Sobrepeso
6. Obesidad

Grado de disfunción familiar

1. Sin disfunción familiar
2. Disfunción leve
3. Disfunción moderada
4. Disfunción severa

NEXO 9

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	ÍNDICE
Edad	Cualitativa	Continua	Menores de 5 años	Promedio y desviación estándar
Sexo	Cualitativa	Nominal	Genotipo al nacimiento	Frecuencia y porcentaje
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Casada unión libre divorciada	Frecuencia y porcentaje
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	Analfabeta Educación primaria educación secundaria nivel medio superior educación superior	Frecuencia y porcentaje
Edad del niño	Cualitativa	De razón	AMBOS SEXOS ,CARTILLAS DE VACUNACIÓN	Frecuencia y porcentaje
funcionalidad familiar	Cualitativa	Nominal	APGAR Sistema Conyugal	Funcional y Disfuncional

Peso	Cuantitativa	Nominal	Normal, leve, moderado, severo, sobrepeso y obesidad	Frecuencia y porcentaje
Talla	Cuantitativa	De razón	Normal, ligeramente alta, ligeramente baja y muy baja	Frecuencia y porcentaje
Empleo	Cualitativa	Nominal	Campesino, obrero, empleado, doméstica, profesionalista y otros.	Frecuencia y porcentaje
Edo nutricional	Cualitativa	Ordinal	Normal, leve, moderado, severo, sobrepeso y obesidad	Frecuencia y porcentaje